

**GEMEINDE**

**PSYCHOLOGIE**

HERBST 2006 BAND 12

**RUNDBRIEF NR. 2**

**GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

**STATT**

**GESUNDHEITSFÖRDERUNG**



## IMPRESSUM

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

Die Redaktion besteht derzeit aus Albert Lenz (Paderborn) und Bernd Röhrle (Marburg). Erscheinungsort ist Marburg.

Manuskripte, Diskussionsbeiträge, Leserbriefe können an einen der Herausgeber geschickt werden als gedruckter Text plus Diskette/CD oder als E-mail mit Attachment 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 2007 ist der 31. März 2007.

Die Form sollte sich an den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie orientieren (Text sowohl in dreifacher schriftlicher Ausfertigung als auch auf einer Diskette/CD **oder** als Attachment per E-Mail im MS Word-Format, Grafiken - wenn möglich getrennt - im jpg-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

<b>Wahnsinn als Phänomen kultureller Abweichung</b>	
Ralf Quindel	5
<b>Hamburger Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“</b>	
Monika Bobzien	16
<b>Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe – es gibt noch viel zu tun</b>	
Brigitte Seifert	29
<b>Kita in Bewegung – Empowerment für Kinder: Erlauben, Ermutigen, Befähigen</b>	
Barbara Schwaner-Heitmann	45
<b>Kinder psychisch kranker Eltern – Kooperation als Voraussetzung für wirksame präventive Hilfen</b>	
Albert Lenz	59

## SERVICETEIL

Aufruf	72
Nachrichten aus dem Vorstand	73
Tagungsankündigungen	74
Aus der Politik	79
Neues aus dem Internet	84
Neue Bücher und Veröffentlichungen	85
Abstracts aus gemeindepsychologisch orientierten Zeitschriften	87
Hinweise für AutorInnen	165

## EDITORIAL

### Gesundheitsförderung statt Gesundheitsforderung

Zwanzig Jahre nach der Verabschiedung der Ottawa-Charta durch die WHO wird ein zentraler Aspekt der Gesundheitsförderung, nämlich allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen, durch die zunehmende Individualisierung der Gesundheitsrisiken unterlaufen. Diese Tendenz zur Individualisierung findet sich in der medialen Diskussion ebenso wie in den inzwischen formulierten Gesetzesvorschlägen: Wer nicht zu Vorsorgeuntersuchungen geht, über deren Sinnhaftigkeit seit Jahren durchaus kontrovers diskutiert wird (vgl. z.B. Weymayr, Koch 2003), soll einen erhöhten Anteil an den Behandlungskosten selbst tragen. Wer sich nicht der Logik von Disease-Management Programmen anpasst, wird als chronisch Kranker ebenfalls durch einen höheren Eigenanteil bestraft.

Gegenwärtig stärkere Betonung und öffentliche Unterstützung finden so genannte Früherkennungs- und Präventionsprogramme, wie FETZ (Früherkennungs- und Therapiezentrum für beginnende Psychosen Berlin Brandenburg) oder das „Kompetenznetz für Depression“, deren Gründung eine heftige Debatte um die von ihnen vertretene Idee von Prävention ausgelöst hat. Bei kritischer Betrachtung ihrer Konzeptionen (sowie Kooperationspartner und Finanzierung) bleibt ihr Angebot streitbar.

Zur sozialen Kontrolle derer, die am Rand der Gesellschaft stehen, soll das Gesundheitssystem wieder dienen. Anders sind die Diskussio-

nen darüber, ob es verpflichtende und häufigere ärztliche Untersuchungen von Kindern geben soll (als Sanktionen sind Kindergeldkürzungen sowie ein Besuch durch eine Mitarbeiterin des Jugendamts in ihrer Funktion als staatlicher Wächter über das Kindeswohl) nicht zu interpretieren. Denn möchte man Kinder vor einer Gefährdung ihrer grundlegenden Rechte schützen, dann wäre eine effektive Armutsbekämpfung das wirksamere Instrument anstatt ihnen aufgrund des Verhaltens der Eltern ihre materielle Existenzgrundlage weiter zu verknappen.

Es entsteht der Eindruck, als ob auf die wachsende Komplexität moderner Gesellschaften und die fortschreitende Individualisierung mit einer zunehmenden Normierung von als risikant eingestuften Verhaltensweisen reagiert wird. Unsicherheit, bedingt durch die wachsende Vielfalt moderner Gesellschaften, verringert das Vertrauen in das Verantwortungsgefühl der anderen und erhöht das Bedürfnis nach Kontrolle. Um kontrollieren zu können, ist es notwendig, dass eine Idealvorstellung davon existiert, was „Gesundsein“ ist. Eine Folge hiervon ist eine Verengung des Gesundheitsbegriffs auf ein westliches, naturwissenschaftlich geprägtes Medizinmodell. Dies schlägt sich auch im Konzept einer standardisierten Hilfeplanung oder den Hype um Evidenzbasierung nieder. Beides negiert die Vielfalt und Verschiedenheit der Individuen. Aspekte wie Lebensqualität und Wohlbefinden haben in diesem Modell von Gesundheit keinen Stellenwert mehr.

Dies steht diametral gegen die Definition von Gesundheit, wie sie in der Ottawa-Charta festgehalten ist. Dort wird Gesundheitsförderung und nicht Gesundheitsforderung als allgemeingestaltliche Aufgabe definiert. Gesundheitsförderung setzt darauf, Kompetenzen zu verbessern und Optionen für ein selbstbestimmtes Leben zu eröffnen.

*"Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können (WHO, 1986, S.84).*

Von dieser politisch engagierten Position, gesellschaftliche Beteiligung (Inklusion) als zentrale Grundlage von Gesundheit zu betrachten, ist die aktuelle Diskussion in Deutschland weit entfernt. Die Stilisierung des Patienten als Kunden verschiebt die Diskussion einseitig auf eine Marktlogik, die in ihrer Begründung nach Qualitätsverbesserung wohl eher Qualität auf niedrigem Niveau festschreibt. Einen Beitrag zur Öffnung der Debatte wollen die Beiträge dieser Ausgabe des „Rundbriefs“ leisten.

Gesund und krank beschreibt kein entweder-oder, es handelt sich um die Pole eines Kontinuums (vgl. z.B. Antonovsky 1997). Was jeweils als gesund und was als krank definiert wird, ist weitaus vielfältiger als die Definitionen des naturwissenschaftlich-medizinischen Modells vorgeben. *Ralf Quindel* zeigt in seinem Beitrag durch kulturelle Vergleiche, dass der Etikettierung einer bestimmte Verhaltensweise oder eines innerpsychischen Erlebens als

krank oder gesund, eine soziale Konstruktion zugrunde liegt.

Mit der Gesundheitsförderung eng verknüpft ist der Gedanke der Selbsttätigkeit, das eigene Leben beeinflussen zu können und entscheiden zu können, was für einen selbst gut ist. Dieses Ideal bildet die Grundlage einer erfolgreichen Initiative, Krankenhäuser für die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen zu sensibilisieren, zu qualifizieren und in Form eines Qualitätssiegels zu belohnen. Der Beitrag von *Monika Bobzien* verdeutlicht, dass eine hohe Qualität im Gesundheitssystem nicht allein von professionellen Expertinnen und Experten, sondern nur durch Beteiligung der PatientInnen als ExpertInnen in eigener Sache erreicht werden kann.

Gesundheitsförderung kann nicht als die Aufgabe an ein hoch spezialisiertes gesellschaftliches Teilsystem delegiert werden, sondern muss Teil des Handelns in unterschiedlichen Bereichen sein. Mit ihrem Plädoyer für eine konzeptionelle Auseinandersetzung der Jugendhilfe mit der Gesundheitsförderung fordert *Brigitte Seifert* zu einer solch integrierten Sicht auf Gesundheitsförderung auf.

Kooperation als zentrale Idee von Gesundheitsförderung ist das Thema der zwei folgenden Beiträge.

*Barbara Schwaner-Heitmann* stellt erste Ergebnisse ihres Projektes „*Kita in Bewegung - Empowerment für Kinder: Erlauben, Ermutigen, Befähigen*“ vor und entwirft eine Vision von Kindertagesstätten, die „das Individuum als integralen Bestandteil einer sozialen Gruppe bzw. eines gesellschaftlichen Umfeldes“ verstehen und die versuchen, „den Menschen in seiner Ganzheit zu begreifen, mit Geist und Körper, als Teil einer Familie, Gruppe, Gesellschaft und Kultur“ (WHO 1986, S. 10). Das Thema ist nicht neu, die in diesem Praxisforschungsprojekt eingegangenen Kooperationen zwischen den Kindertagesstätten und dem

## Editorial

Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) mit deren Kinder- und Jugendärzten können allerdings als Novum angesehen werden. Die Notwendigkeit der Bündelung von Kräften und der Vernetzung von Ideen und Maßnahmen ist somit gleichzeitig Ausgangspunkt und wichtigstes Ergebnis.

Die Aufgaben von Prävention und Gesundheitsförderung, persönliche und soziale Ressourcen zu stärken, werden im Beitrag von *Albert Lenz* erweitert durch die Forderung nach einer institutionalisierten Form der Kooperation zwischen den beteiligten Hilfesystemen – hier konkret zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe. Damit wird Kooperation nicht nur als Ziel, sondern als unbedingte Voraussetzung gelingender Gesundheitsförderung beschrieben. Als spannungsreichen Ausgangspunkt stellen sich die im Praxisprojekt vorgefundenen und sich zum Teil widersprechenden Handlungslogiken (medizinisches Krankheitsmodell vs. sozialpolitischer und sozialpädagogischer Handlungsmodus) dar.

Wir, das neue Redaktionsteam für die deutschsprachige gemeindepsychologische Zeitschrift, bedanken uns bei allen, die zum Erscheinen der letzten Ausgabe des GEMEINDEPSYCHOLOGIE RUNDBRIEF beigetragen haben. Unser besonderer Dank gilt den Autorinnen und Autoren der Einzelbeiträge, Claire Martin für ihre geduldige und professionelle Bearbeitung der Texte sowie Bernd Röhrle, der nach wie vor und damit von der ersten bis zu letzten Ausgabe des GEMEINDEPSYCHOLOGIE RUNDBRIEF maßgeblich zu seinem Erscheinen beigetragen hat. Zukünftig erscheint der Rundbrief unter neuem Titel: FORUM GEMEINDEPSYCHOLOGIE – BEITRÄGE AUS FORSCHUNG UND PRAXIS (vgl. Editorial 1/2004) als Online-Zeitschrift beim Pabst-Verlag. Wir freuen uns darauf Ihnen und Euch ab 2007 eine deutschsprachige gemeindepsychologische Zeitschrift in neuem Gewande präsentieren zu können. Über die Zugangsdaten und den Erscheinungstermin der ersten Online-Ausgabe werden wir Sie und Euch demnächst informieren.

Asita Behzadi & Christine Daiminger & Ralf Quindel & Mike Seckinger

– Berlin, München im Dezember 2006 –

## Literatur

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag

Weymayr, Ch. & Koch, K. (2003). *Mythos Krebsvorsorge Schaden und Nutzen der Früherkennung*. Berlin: Eichborn

World Health Organization (1986). *Die Ottawa Charta*. In A. Trojan & B. Stumm (Hrsg.), *Gesundheit fördern statt kontrollieren* (1992; S. 84-92). Frankfurt a.M.: Fischer

# ORIGINALIA

## Wahnsinn als Phänomen kultureller Abweichung

Ralf Quindel

### *Zusammenfassung*

Gängige Erklärungsversuche machen die Lebensgeschichte des Individuums oder eine biologische Störung für „verrückte“ Verhaltensweisen verantwortlich. In diesem Aufsatz soll „Wahnsinn“ oder „psychische Erkrankung“ einmal nicht aus psychologischer oder medizinischer Sicht beschreiben werden, sondern als Phänomen kultureller Abweichung, als soziale Zuschreibung, die in einer Kommunikationsstörung begründet ist: Wenn sich eine Person nicht der geltenden kulturellen Norm entsprechend verhält und kein erklärbarer Grund für diese Abweichung zu finden ist, dann ist die Zuschreibung „der/die ist verrückt“ naheliegend. Die Bezeichnung des verrückten Verhaltens als „psychische Krankheit“ wiederum wurzelt in dem Glauben der westlichen Kultur an die wissenschaftlichen Erklärungen der Medizin und Psychologie. Im Folgenden sollen Theorien zu kulturellen Unterschieden und Forschungen zur interkulturellen Kommunikation (Maletzke 1996) neue Perspektiven eröffnen und einen ethnologischen Blick auf „psychische Störungen“ ermöglichen.

Die Kulturspezifität abweichenden Verhaltens wird zunächst an einigen Beispielen demonstriert. Hilfreich dazu ist das Modell kultureller Differenzen von Hall (1966), welches kulturelle Unterschiede im Umgang mit Zeit, Raum und Kontext verdeutlicht. Im Anschluss wird die Gefährdung beschrieben, die abweichendes Verhalten für die kulturelle Ordnung darstellt und wie die Gesellschaft mit sozialer Kontrolle darauf reagiert. Mit dem „Developmental Model of Intercultural Sensitivity“ von Bennett (1986) wird schließlich eine Phänomenologie unterschiedlicher Umgangsweisen im Kontakt mit Angehörigen fremder Kulturen auf den Umgang mit „verrücktem“ Verhalten übertragen.

*Schlüsselwörter:* Interkulturelle Kommunikation – psychische Erkrankung – soziale Kontrolle – Ethnologie

### *Summary: Madness as a phenomenon of cultural difference*

Psychiatry searches explanations for „mad“ behavior in the individual biography or in a biological dysfunction. In opposite to those explanations, this article describes „mental illness“ as a phenomenon of cultural difference, as a break-down in communication: A person who (without a reasonable cause) does not act according the cultural rules of a society is labeled as „mentally ill“.

This article develops an ethnological view on „mad“ behavior with the help of theories of cultural differences and intercultural communication (Maletzke 1996). The cultural influence on what we call „mad behavior“ is demonstrated by some examples. The theory of Hall (1966) is used to categorize cultural differences in dealing with time, space and context. In the end different behavior patterns towards „mad“ people, who disregard cultural rules, are described with the help of the „developmental model of intercultural sensitivity“ (Bennett, 1986).

*Keywords:* Intercultural communication – mental illness – social control – ethnology

Die Beschäftigung mit interkulturellen Begegnungen erhöht die Sensibilität für die Normen, Werte und Praktiken im Alltag der eigenen Kultur. Erst im Kontrast zu anderen Kulturen

werden die Besonderheiten der eigenen deutlich. Ähnlich verhält es sich bei der Auseinandersetzung mit „verrücktem“ Verhalten. Menschen, die sich ohne erkennbaren Grund

merkwürdig benehmen, stellen Normen und Regeln in Frage, die in der Konfrontation mit dem abweichenden Verhalten erst sichtbar werden (Goffman 1974). Ansonsten bleiben sie paradoxerweise deswegen unbewusst, weil sich jeder daran hält. Hall (1998) hat für die ethnologische Wissenschaft deutlich gemacht, dass das Studium fremder Kulturen das Kennenlernen der eigenen bedeutet. Michel Foucault (1989) hat das gleiche für die Beschäftigung mit dem Wahnsinn gezeigt. Anhand historischer Dokumente stellte er dar, wie die vernünftige westlich-europäische Kultur durch die Verbannung unvernünftiger Verhaltensweisen in das Reich des Wahnsinns, hinter Mauern von Anstalten und in die Obhut von Medizinern, entstanden ist.



Die Auseinandersetzung mit dem Unvernünftigen, dem Wahnsinnigen wird an Psychologen und Ärzte delegiert, die für den Umgang mit „Verrückten“ ausgebildet sind. Der Rest der Gesellschaft ist froh, nichts damit zu tun zu haben. Diese „gesellschaftliche Unbewusstheit“ (Erdheim 1994) hat schwerwiegende Folgen für die Betroffenen, die als „psychisch

krank“ stigmatisiert werden und unter gesellschaftlicher Ausgrenzung und Repression leiden. Der repressive Effekt trifft darüber hinaus alle Angehörigen einer Kultur, weil durch die Unbewusstheit der Normen deren Herrschaft unangreifbar bleibt und damit deren einengende Wirkung, deren Beschneidung von Lebensmöglichkeiten und kultureller Vielfalt. Thomas Bock hat das in dem folgenden Zitat verdeutlicht:

*Menschliches Handeln ist in der Psychose nicht außer Kraft gesetzt. Vielmehr transportiert die Psychose existentielle Zweifel und Konflikte, die für alle Menschen Bedeutung haben. [...] Zu schnelle automatische Vergabe von Neuroleptika ist schädlich, weil dann die Gesellschaft resistent wird gegenüber der Vielfalt menschlicher Seinsweisen und immer rigide Vorstellungen entwickelt. Es ist normal verschieden zu sein! (Bock, 1998, S. 288).*

Durch die Beschäftigung mit den Lebensgewohnheiten in fremden Kulturen bekommen wir eine Ahnung von der Vielfalt der Lebensäußerungen und gleichzeitig über die einengenden Grenzen unserer eigenen kulturellen Normen. Es finden sich in der Beschreibung fremder Kulturen viele Verhaltensweisen und Einstellungen, die, würde sie ein Angehöriger der westeuropäischen Kultur zeigen, als pathologisch im psychiatrischen Sinn eingestuft würden. So gilt in vielen indianischen Kulturen Stimmenhören als ein Zeichen, als eine wichtige Botschaft, für deren Erleben auch extreme Situationen (etwa tagelanges Fasten) aufgesucht werden. In der psychiatrischen Diagnostik hingegen ist „Stimmenhören“ ein wichtiges Symptom einer Psychose. Auch in unserem Kulturkreis gibt es diese Doppeldeutigkeiten: Marienerscheinungen sind für manche eine Gnade, eine göttliche Botschaft. Sie werden von dem sozialen Umfeld geschätzt und nicht selten entstanden Kapellen und Wallfahrtsorte



in deren Folge. Die psychiatrische Diagnostik versteht Marienerscheinungen als Ausdruck religiösen Wahns. Drei weitere Beispiele sollen zeigen, wie augenfällig die Parallelen von normgerechten Verhalten in fremden Kulturen und psychiatrische Diagnosen für abweichendes Verhalten sind.

*Blunt zählt sieben Tabuarten auf, die den gläubigen Hindus zu folgenden Fragen nötigen:*

1. *Mit wem darf ich essen?*
2. *Wer darf mein Essen zubereiten?*
3. *Welche Arten von Nahrungsmitteln sind für mich zulässig?*
4. *Welche Rituale sind bei der Zubereitung zu beachten?*
5. *Von wem darf ich mir Wasser einschenken lassen?*
6. *Mit wem darf ich gemeinsam Pfeife rauchen?*
7. *Welche Gefäße darf ich benutzen?*

*Auch für die Formen des Berührens und die Reinheitsabstufungen bei Nahrungsmitteln gibt es Dutzende von Vorschriften. Je höher die Kastenzugehörigkeit, umso stärker die Tabubindung und soziale Berührungsscheu, die in Heirats- Speisegemeinschafts- und wohnrechtlichen Bestimmungen ihren Ausdruck findet. Kommt es zur „Beschmutzung“, so unterzieht sich der gläubige Hindu sofort einem Reinigungszeremoniell (Maletzke 1996, S. 97).*

Die entsprechende psychiatrische Diagnose würde „Zwangsstörung“ (vgl. F42 im ICD 10)<sup>1</sup> lauten. Auch „paranoide Psychosen“ (vgl. F22 im ICD 10) würden diagnostiziert werden:

*Die Thai bevorzugen Amulette, auf denen Schutzgottheiten abgebildet sind, so z.B. Hra Rod (der Überlebensherr). Talismanfunktion hat auch der javanische Kris, dessen Klinge*

*nach allgemein verbreiteten Glauben eine Seele besitzt, der man sogar Opfer bringt. In weiten Teilen Asiens werden außerdem vor jedem Hauseingang „Geistermauern“ aufgebaut, die die Dämonen daran hindern, in das Haus oder in einen Tempel einzudringen (Maletzke 1996, S. 96).*

Und schließlich gibt es in anderen Kulturen auch Phänomene, die aus psychiatrischer Sicht als „Multiple Persönlichkeitsstörungen“ (F44.81 im ICD 10) bezeichnet werden könnten:

*Rollen, verstanden als Muster von Verhaltenserwartungen, variieren in ihren konkreten Erscheinungsformen von Kultur zu Kultur. Während in zahlreichen Kulturen die verschiedenen Rollen ohne allzu scharfe Grenzen ineinander übergehen und sich häufig überschneiden, lebt der Japaner voll und ganz in seiner jeweiligen Rolle; die einzelnen Rollen sind gegeneinander hochgradig abgeschottet, und wer von einer Rolle in eine andere hinüberwechselt, ändert damit schlagartig seine Einstellungen und Erlebensweisen, so dass der außenstehende Beobachter meinen könnte, er hätte auf einmal einen anderen Menschen vor sich (Maletzke 1996, S. 98).*

Diese Beispiele ließen sich noch lange fortführen, ihre Faszination schöpfen sie aus dem „Unbehagen in der Kultur“ (Freud 1955), sie zeigen die Vielfältigkeit menschlicher Lebensformen und damit die Einfältigkeit der eigenen Kultur. In der Aneinanderreihung bleiben sie jedoch episodisch. Im Folgenden soll deswegen ein Versuch der Systematisierung kultureller Differenzen nach Hall (1998) dargestellt werden.

<sup>1</sup> Internationale Klassifikation psychischer Störungen (WHO)

## Ein Modell kultureller Differenzen

Edward T. Hall (1966), ein Anthropologe aus den USA, sieht Kultur als Kommunikationssystem mit einem hohen Grad an Unbewusstheit. Kultur sei vergleichbar mit Sprache: Während Sprache aus Wörtern besteht, die durch grammatikalische Regeln in einen systematischen Zusammenhang gebracht werden, besteht Kultur aus Bräuchen und Gegenständen, die in einem systematischen Zusammenhang stehen. Ähnlich wie die Muttersprache wird die eigene Kultur in der Sozialisation erworben und verinnerlicht, sie bleibt größtenteils unbewusst. Fremde kulturelle Regeln und Normen können jedoch, ähnlich wie Fremdsprachen, bewusst erlernt werden.

Hall nennt 3 zentrale Kategorien, in denen sich kulturelle Normen unterscheiden: Zeit, Raum und Kontextualität. Neben der Beschreibung dieser Kategorien wird im Folgenden auf entsprechende Formen der Abweichung eingegangen, die als „psychische Störung“ bezeichnet werden.<sup>2</sup>

**Zeit:** Hall und Hall (1990) unterscheiden den monochronen und polychronen Zeitbegriff. Monochrome Kulturen sind industrielle Kulturen, die die Umwelt kontrollieren. Zeit erscheint linear, Dinge werden der Reihe nach erledigt, Pünktlichkeit ist eine wichtige Tugend. Polychrone Kulturen sind typischerweise Agrargesellschaften, die abhängig von der Umwelt sind. Termine sind nicht so verbindlich, Tätigkeiten werden gleichzeitig erledigt. In westeuropäischen, monochronen Kulturen, erscheinen Verhaltensweisen wie Unpünktlichkeit oder gleichzeitige Beschäftigung mit mehreren Dingen störend. Im Extremfall drohen Arbeitsplatzverlust und sozialer Ausschluß.

<sup>2</sup> Beispiele aus der Psychopathologie sind in Großbuchstaben gesetzt.

PSYCHIATRISCHE SYMPTOME WIE „ZERFAHRENHEIT“ ODER „MANGELNDE ZEITLICHE ORIENTIERUNG“ SPIEGELN DIESE KULTURELLE NORM. EINE KLASSISCHE FRAGE IN DER PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSTIK LAUTET: WISSEN SIE WELCHER TAG, WELCHER MONAT HEUTE IST?

**Raum** (vgl. Hall 1996): Interessant in Bezug auf Symptome psychischer Krankheit ist vor allem der informelle Raum, also der Raum, den ein Mensch für sich beansprucht, vorstellbar als „unsichtbare Blase“, die einen Menschen umgibt. So gelten in der deutschen Kultur folgende Kommunikationsdistanzen: Intim (bis 50 cm) für Partner, Kinder und sehr nahe Verwandte; Persönlich (bis 1m) für Freunde und gute Bekannte; Sozial (bis 3m) für Geschäftskontakte, Straßenkontakte und Smalltalk; Öffentlich (über 3m) für offizielle Auftritte (Maletzke 1996, S. 60f) Das heißt, ein Abstand von weniger als 3m provoziert Kommunikation im öffentlichen Raum. Die Distanzen sind kulturell sehr unterschiedlich, so entspricht beispielsweise die soziale Distanz in Lateinamerika der persönlichen Distanz in den USA. Neben der räumlichen Distanz sind auch die der Intimität der Beziehung angemessenen Gesprächsinhalte kulturabhängig. Deutsche sind im ersten Kontakt sehr distanziert, geben aber bei näheren Kennenlernen schnell mehr von ihrem Privaten preis, US-Amerikaner, offenbaren bereits im ersten Kontakt private Dinge, verbleiben aber im weiteren Kennenlernen auf dieser Stufe (ebd.). Genau betrachtet existieren also in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Verständnisse von Privatheit.

ES IST NICHT VERWUNDERLICH, DAS „DISTANZLOSIGKEIT“ IN UNSERER DISTANZIERTEN KULTUR EIN HINWEIS AUF EINE PSYCHISCHE STÖRUNG DARSTELLT. MENSCHEN, DIE ZU NAHE AN FREMDE HERANTRETEN, ODER ZU INTIME PERSÖNLICHE THEMEN ANSPRECHEN,

GELTEN ALS „GESTÖRT“. FOLGT MAN HALL, IST JEDOCH NICHT DIE EINZELNE PERSON, SONDERN DIE KOMMUNIKATION ZWISCHEN PERSONEN GESTÖRT, WENN SICH BEIDE GESPRÄCHSPARTNER NICHT AUF DIE GLEICHE KULTURELLE REGEL BEZIEHEN.

**Kontextorientierung:** Hall (1998) unterscheidet schwachen und starken Kontextbezug. In kontextgebundenen Kulturen ist nicht nur das, was gesagt wird, sondern der gesamte Kontext Teil der Information. In solchen Kulturen mit starkem Kontextbezug (high context) geht der Einzelne davon aus, dass die Anderen den Zusammenhang kennen, deswegen enthalten die Mitteilungen nur Wesentliches. In Kulturen mit schwachem Kontextbezug (low context) erwartet man von seinem Gegenüber eine komplette und ausführliche Menge an Informationen, um in der Lage zu sein, zu verstehen und zu entscheiden.

*In general high-context transactions are more on the feeling, intimate side, while the low-context ones are much less personal and oriented towards the left brain (Hall 1998, S.61).*

ANGEHÖRIGE VON HIGH-CONTEXT-KULTUREN BEFINDEN SICH IN EINER UMWELT, DIE VOLLER BEDEUTUNGEN IST. DIE BEDEUTUNG VON KOMMUNIKATION IST ABHÄNGIG VON DER JEWEILIGEN SITUATION. DAS PSYCHIATRISCHE SYMPTOM DES „BEZIEHUNGSWAHNS“, UNBETEILIGTE PERSONEN UND ZUFÄLLIGE ARRANGEMENTS VON GEGENSTÄNDEN WERDEN MIT BEDEUTUNG AUFGELADEN, WÜRDE WAHRSCHEINLICH IN EINER HIGH-CONTEXT KULTUR VIEL SELTENER DIAGNOSTIZIERT ALS IN EINER LOW-CONTEXT KULTUR.

Das Modell von Hall erleichtert es, abweichendes Verhalten in einer Kultur zu verstehen, indem man es in Beziehung zu den herrschenden kulturellen Normen setzt. Zudem

liefert es einige Hinweise auf die Gründe, warum sich in Kulturen bestimmte Normen herausgebildet haben. So ist der Umgang mit Zeit in kapitalistischen Gesellschaften notwendigerweise monochron, um optimale Arbeitsabläufe zu gewährleisten. Wobei eine zweite kulturelle Ebene, der Calvinismus in protestantischen Gesellschaften, diesen strengen Umgang mit Zeit noch verstärken kann. Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, wie es zu Verstößen gegen diese kulturellen Normen kommt und wie damit umgegangen wird.

### Abweichung von kulturellen Normen

Kulturen definieren den Bereich, innerhalb dessen eine Verhaltensäußerung als „erwünscht“-“normal“-“akzeptabel“-“gerade noch zulässig“ gilt oder ob sie als außerhalb dieses Bereichs liegend und damit als „nicht mehr akzeptabel“ eingeschätzt wird ( Sterzenbach/Moosmüller 2000, S.14).

Stellt man sich die Ausprägung spezifischer Verhaltensmuster in einer Kultur entsprechend der Gaußschen Normalverteilung (Bennett 1998, S.7) vor, dann ist anzunehmen, dass ein Teil der extremen Ausprägung der Verhaltensmuster am linken und rechten Rand der Verteilung als „nicht mehr akzeptabel“ eingeschätzt wird. Nicht akzeptable Verhaltensweisen fordern eine Reaktion der Gesellschaft, die um ihre Existenz, um die Einhaltung ihrer Verhaltensnormen fürchten muß. Die Reaktionen der Gesellschaft werden soziologisch als „soziale Kontrolle“ bezeichnet (Quindel 2004, S. 24). Es gibt in jeder Kultur verschiedene Verhaltensnormen und verschiedene Formen von sozialer Kontrolle. Wichtig ist neben dem sichtbaren Verhalten und der Reaktion der Gesellschaft auch die Attribution, also die Bezeichnung und Erklärung des Verhaltens. Je nachdem wie abweichendes Verhalten erklärt wird, in welchem Kontext es gesehen wird,

welche Beweggründe vermutet werden, wird die Reaktion der Gesellschaft unterschiedlich ausfallen. Einige Beispiele aus der westlichen Kultur: Eine Gewalttat im Affekt, wird anders behandelt als eine geplante Handlung; Gewalt in der Familie galt lange Zeit als Privatsache; Gewalt von Personen, die als unzurechenbar gelten, haben wiederum unterschiedliche Konsequenzen, je nachdem ob die Handlung Alkoholisierung, einer akuten Psychose oder Demenz zugeschrieben wird. Nun stellt sich die Frage wie diese Regeln entstehen, die kulturell akzeptables von inakzeptablen Verhalten unterscheiden?

*Zum ersten Aspekt von Kultur gehört die kulturelle Identität, also das Bedürfnis der Menschen sich mit bestimmten Merkmalen einer Kultur zu identifizieren. Das ist kein „natürlicher“ Vorgang, wie oft behauptet wird, sondern das Ergebnis der Bemühungen bestimmter Interessengruppen, die dazu animieren Traditionen und Gruppenidentitäten zu „erfinden“. Kulturen sind in diesem Sinne nicht seit Urzeiten gegeben, sondern das Produkt menschlicher Phantasie und Schöpferkraft. Kulturelle Identität formiert sich, weil das für die Selbstbehauptung und für die Abgrenzung gegenüber anderen sozialen Gruppen notwendig ist (Sterzenbach/Moosmüller 2000, S.17).*

Kulturelle Eigenheiten, Normen und Regeln dienen also dem Erhalt eines bestimmten gesellschaftlichen Machtgefüges. In der Nicht-Anerkennung dieser Regeln liegt das herrschaftsgefährdende Potential der „Verrückten“. Sie sind keine Revolutionäre, weil man keine Absicht und keinen kritischen Hintergrund unterstellen kann. Aber sie zeigen etwas auf: Die unbewußten Normen werden deutlich, außerdem die Möglichkeit sie zu verletzen und die Konsequenzen, die das normverletzende Verhalten nach sich zieht. „Verrückte“ stellen somit eine Gefahr für die herrschende Norm in

der Gesellschaft dar, die mit massiver sozialer Kontrolle beantwortet wird: Entfernung aus dem bürgerlichen Leben, Entfremdung von Bezugspersonen, Demütigung durch Reglementierung, Überwachung, Stigmatisierung. Diese Behandlung dient der Entfernung von abweichenden Individuen aus der Gesellschaft und ihrer sicheren Verwahrung, außerdem ist sie Abschreckung und Disziplinierungsinstrument für alle anderen.



Soziale Kontrolle wird nicht nur von den professionellen Agenten der Gesellschaft (Ärzte, Psychologen, Polizisten, Richter usw.) ausgeübt. Sie ist verankert im Normalitätsempfinden, im „gesunden Menschenverstand“, in Vorurteilen aller Mitglieder einer Gesellschaft, in der kulturellen Identität. Durch die enge Verknüpfung der kulturellen Identität (Was ist meine Heimat? Wo gehöre ich hin? Wo fühle ich mich zu Hause?) mit der psychischen Identität (Wer bin ich? Was macht mich aus? Was macht mich liebenswert?) wird die Infragestellung kultureller Normen schnell als Bedrohung der psychischen Integrität erlebt. Um die eigene psychische Balance nicht in Frage stellen zu müssen, kommt es zu rigiden Haltungen gegenüber abweichenden „verrückten“ Verhaltensweisen.

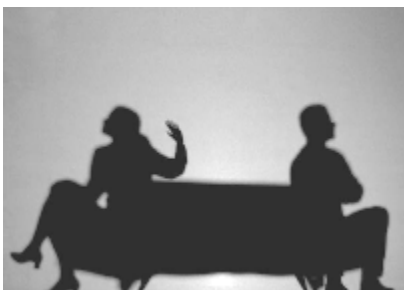
In der globalisierten Welt ist offensichtlich geworden, dass sich der Kontakt mit Menschen aus anderen Kulturen nicht vermeiden lässt. Besonders wirtschaftliche, politische und mili-

tärische Interessen führten dazu, dass in den USA seit Mitte des 20. Jahrhunderts intensiv empirische Forschung über das Zusammentreffen von Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen betrieben wurde (Maletzke 1996). Kernthema dieser Forschungsbemühungen ist die Analyse interkultureller Kommunikationssituationen, mit dem Ziel Trainings für kulturelle Sensitivität zu entwickeln (Hinz-Rommel 1994; Luchtenberg 1999). Bieten diese Forschungen auch Ergebnisse, die sich auf den Umgang mit „verrücktem“ Verhalten beziehen lassen?

### Annäherung an das Fremde

Ausgehend von der Forschung über das „Kulturschock“-Phänomen, welches die Erfahrungen und die Anpassungsprozesse beschreibt, die Menschen in fremden Kulturen durchleben, entstand das „Developmental Model of Intercultural Sensitivity (DMIS)“ (Bennett 1986).

*Based on „meaning-making“ models of cognitive psychology and radical constructivism, the DMIS links changes in cognitive structure to an evolution in attitudes and behavior toward cultural difference in general. The DMIS is divided into Ethnocentric Stages and Ethnorelative Stages. Ethnocentric is defined as using one's own set of standards and customs to judge all people, often unconsciously. Ethnorelative means the opposite; it refers to being comfortable with many standards and customs and to having an ability to adopt behavior and judgements to a variety of interpersonal settings (Bennett 1998, S. 26).*



Bennett versucht das Zusammenspiel von Denkmustern, Einstellungen und Verhalten gegenüber kulturellen Differenzen zu beschreiben. Er geht davon aus, dass sich Menschen in der Auseinandersetzung mit fremden Kulturen auf verschiedenen Entwicklungsstufen befinden, die sich in ethnozentristische und ethnorelativistische Haltungen unterscheiden lassen.

Die Einteilung in sechs Entwicklungsstufen und die damit nahegelegte „Diagnostik“ von mehr oder weniger kultursensiblen Menschen ist kritikwürdig. Die einzelnen Begegnungsformen werden wohl eher nebeneinander auftreten und sind nicht so zu trennen, wie das Modell es suggeriert. Das Konzept von Bennett kann jedoch als eine Phänomenologie unterschiedlicher Formen der Begegnung mit dem Fremden gut genutzt werden.

Mit Hilfe der sechs Stufen nach Bennett soll folgenden Fragen nachgegangen werden: Ist es möglich die Haltungen gegenüber fremden Kulturen mit der Haltung gegenüber Abweichung in der eigenen Kultur zu vergleichen? Gibt es ähnliche Phänomene in der Begegnung mit auffallenden, „wahnsinnigen“ Verhalten wie in der Begegnung mit Menschen aus fremden Kulturen?

**1) Verleugnung von Andersartigkeit:** Diese Haltung zeigt wenig Erfahrung mit Fremden. Sie nimmt wenig differenziert wahr. Aufgrund mangelnden Wissens bewegt sich das Denken in Stereotypen.

SOZIALE AUFFÄLLIGKEIT (KRIMINALITÄT) UND PSYCHISCHE STÖRUNG WERDEN NICHT UNTERSCHIEDEN. HÄUFIG WERDEN MENSCHEN MIT PSYCHIATRISCHEN DIAGNOSEN ALS GEWALTTÄTIG UND GEFÄHRLICH (ANGELEHNT AN DAS STEREOTYP DES PSYCHOPATHEN IN DEN MEDIEN) EINGESCHÄTZT.

**2) Abwehr von Andersartigkeit:** Unterschiede werden deutlicher wahrgenommen, aber es besteht eine Neigung zu negativen Attributionen. Die Bedrohung der eigenen Weltsicht wird bekämpft, indem das Fremde mit negativen und das Eigene mit positiven Eigenschaften belegt werden.

DIE ABWEHR VON „VERRÜCKTEM“ VERHALTEN WIRD DEUTLICH IN DEM BEDÜRFNIS NACH ABGRENZUNG: DIE „VERRÜCKTEN“ SOLLEN HINTER DEN MAUERN DER PSYCHIATRIE VERSCHWINDEN.

**3) Minimalisierung von Andersartigkeit:** Andersartigkeit wird mit bekannten Kategorien begriffen und in Gleichheit aufgelöst. Unterschiede auf der Verhaltensebene werden jedoch wahrgenommen und akzeptiert. Die Werte und Verhaltensweisen der Mehrheit bleiben gültig auch für diejenigen, die abweichen. Diese klassische liberal-humanistische Position ist tolerant gegenüber Menschen mit abweichendem Verhalten, solange sie sich den Grundregeln der Gesellschaft beugen.

VERWIRRENDES ODER ANGSTMACHENDES VERHALTEN VON „VERRÜCKTEN“ WIRD AUF DER BASIS VON MEDIZIN UND BIOLOGIE ERKLÄRT UND VERLIERT DADURCH SEINE ANDERSARTIGKEIT, SEINE BEUNRUHIGENDE NICHT-VERSTEHBARKEIT: „DIESE MENSCHEN SIND WIE WIR, NUR DURCH EINE STOFFWECHSELSTÖRUNG ODER AUS ANDEREN, ERKLÄRBAREN URSACHEN VERHALTEN SIE SICH MERKWÜRDIG. ABER MIT EINER MEDIZINISCHEN BEHANDLUNG KÖNNEN SIE WIEDER „NORMAL“ WERDEN. SIE MÜSSEN ABER BEREIT SEIN SICH EINER MEDIZINISCHEN BEHANDLUNG ZU UNTERZIEHEN“.

**4) Akzeptanz von Andersartigkeit:** Kulturelle Unterschiede finden Interesse und werden erforscht. Eigene Verhaltensweisen und Einstellungen werden als sozial erworben erkannt,

als eine Möglichkeit unter vielen. Die Varianz von Verhalten und Einstellungen wird akzeptiert, auch wenn nicht alle Varianten verstanden und gemocht werden. Damit wird in dieser Stufe zum ersten Mal eine Beziehung zum Fremden eingegangen, die auf Unterschiedlichkeit und auf Gleichberechtigung basiert.

*People in acceptance tend to avoid the exercise of power in any form. As a consequence, they may at times become paralyzed by the dilemmas posed by conflicting cultural norms. At this stage, people have moved beyond ethnocentric rules for behavior and may not yet have developed ethnorelative principles for taking action (Bennet 1998, S. 26).*

DIESE HALTUNG BEDEUTET, ABWEICHENDES VERHALTEN, ALS „VERRÜCKT“ IM WÖRTLICHEN SINNE ZU VERSTEHEN. DAS UNHEIMLICHE UND ÄNGSTIGENDE, DAS DIE BEGEGNUNG MIT DEM FREMDEN BESTIMMT, WIRD ALS EIGENE REAKTION AUF DIE FREMDHEIT ERKANNT, DAS BEDROHLICHE IST NICHT MEHR EIGENSCHAFT DES FREMDEN. SCHWIERIGKEITEN ERGEBEN SICH IN DER FRAGE, WIE AUF ALS STÖRENDE, BELEIDIGEND ODER BEDROHLICH EMPFUNDENE VERHALTENSWEISEN REAGIERT WERDEN SOLL. BEDEUTET AKZEPTANZ ALLES ZU TOLERIEREN, DA JEDE VERHALTENSWEISE IHRE BERECHTIGUNG HAT, ODER SOLLEN DIE EIGENEN BEDÜRFNISSE DEUTLICH ARTIKULIERT WERDEN? INWIEFERN LASSEN SICH DIE INDIVIDUELLEN GRENZEN UND BEDÜRFNISSE VON DER NORMATIVITÄT DER MEHRHEITSKULTUR UNTERSCHIEDEN: STÖRT MICH EIN VERHALTEN NUR, WEIL ES SICH NICHT GEHÖRT ODER BIN ICH PERSÖNLICH BETROFFEN? DIE POSITION DER AKZEPTANZ BEWIRKT EINE GROßE VERUNSICHERUNG, DIE JEDER AUFMERKSAME UND KRITISCHE PSYCHIATRISCH TÄTIGE ALS IRRITIEREND UND LÄHMEND KENNT.

**5) Anpassung an Andersartigkeit:** Es wird möglich sich in die Perspektive des Fremden hineinzuversetzen. Das führt zu besserem Verständnis und zur Anpassung des eigenen Verhaltens. Das Verhaltensrepertoire wird erweitert und es entwickelt sich ein Bewusstsein über die Machtverhältnisse, in denen kommuniziert wird. Quasi „natürlich“ sind diese Fähigkeiten bei Menschen vorhanden, die in zwei Kulturen groß geworden sind, sei es, weil sie Eltern aus unterschiedlichen Kulturen haben, oder durch Migration.

ÜBERTRAGEN AUF DIE BEGEGNUNG MIT „VERRÜCKTEN“ MENSCHEN, KÖNNEN EIGENE PSYCHISCHE KRISEN, ERFAHRUNGEN IN DER ROLLE DES PATIENTEN, BZW. DER KONTAKT MIT PSYCHISCHEN AUFFÄLLIGKEITEN IM FAMILIEN- ODER FREUNDESKREIS EINE ART „BIKULTURALITÄT“ ZWISCHEN NORMALITÄT UND ABWEICHUNG ERMÖGLICHEN.



**6) Integration von Andersartigkeit:** Die Eingungen durch die eigenen kulturellen Normen werden deutlich spürbar, es entsteht aber auch die Trauer über den Verlust der unmittelbaren Identifikation mit den Normen. Verschiedene Perspektiven können eingenommen werden, es gibt kein eindeutiges „richtig“ oder „falsch“. Es folgt daraus jedoch keine ethische Beliebigkeit, sondern ein Wissen über die Verantwortung in der sozialen Welt, die jeweils von den beteiligten Akteuren geschaffen wird.

*People in integration are inclined to interpret and evaluate behavior from a variety of cul-*

*tural frames of reference, so that there is never a single right or wrong answer. But, unlike the resulting paralysis of action that may occur in earlier stages, people in integration are capable of engaging in „contextual evaluation“. The goodness or ethicality of actions is not given by absolute (and ethnocentric) principles but is constructed by human beings who thereby take responsibility for the realities they are creating (Bennett, 1998, S. 29f).*

DIE EIGENE IDENTITÄT IST EINE KONSTRUKTION, EINE MÖGLICHKEIT AUS DEN VIELFÄLTIGEN SOZIALEN ZUGEHÖRIGKEITEN (GESCHLECHT, SCHICHT, ALTER ...) EINE EIGENE MISCHUNG ZUSAMMENZUSTELLEN. DADURCH WIRD DIE IDENTIFIKATION MIT DER MEHRHEITSNORM GERINGER, EIGENE „VERRÜCKTE“ ANTEILE KÖNNEN GELEBT WERDEN. DURCH DIE VIELFÄLTIGKEIT VON SOZIALEN ZUGEHÖRIGKEITEN, VERLIERT DIE KATEGORIE „PSYCHISCH GESUND“ BZW. „PSYCHISCH KRANK“ AN BEDEUTUNG, GEMEINSAMKEITEN UND UNTERSCHIEDE AUF ANDEREN EBENEN (HOMOSEXUELL/HETEROSEXUELL, ALT/JUNG USW.) BESTIMMEN DIE BEZIEHUNG EBENSO. DAMIT WIRD DEUTLICH, DASS „PSYCHISCHE KRANKHEIT“ EINE GESELLSCHAFTLICHE ZUSCHREIBUNG IST, DER MAN SICH NICHT FÜGEN MUSS (WEBER 1998).

Die sechs Formen der Begegnung mit dem Fremden von Bennett sind ein Versuch, verschiedene Haltungen zu Andersartigkeit zu beschreiben. Die Beschreibungen legen eine hierarchische Wertigkeit nahe, die Einordnung einzelner Individuen zu jeweils einer der Stufen muss jedoch an der Kontextabhängigkeit jeder Begegnung scheitern. Trotzdem gibt es individuelle Unterschiede in der Art sich in befremdenden Begegnungen zu bewegen. Neben dem jeweiligen situationalen Kontext ist die Haltung zum Fremden abhängig von sozia-

len, materiellen und psychischen Ressourcen. Je nachdem wie sicher sich jemand materiell fühlt, wie offen sein/ihr soziales Umfeld strukturiert ist und inwieweit er/sie sich mit eigenen Ängsten, Wünschen und Aggressionen auseinandergesetzt hat, wird er/sie mit Interesse oder Ablehnung auf Fremdheit reagieren.

### **Perspektiven**

Sicher gibt es viele Unterschiede zwischen der Art der Befremdungen durch Menschen aus anderen Kulturkreisen und durch „Verrückte“ aus der eigenen Kultur. Beispielsweise erwartet man von einem Angehörigen einer fremden Kultur nicht, dass er alle Gepflogenheiten der eigenen Kultur kennt. Insofern ist normübertretendes Verhalten von „Verrückten“ überraschender und beängstigender, da man davon ausgeht, dass sie die Regeln und Normen kennen. Trotzdem erscheint mir der Versuch hilfreich, den Umgang mit „verrückten“ Verhalten aus der Perspektive interkultureller Kommunikation zu betrachten. Vielleicht ist es so möglich etwas von der Sensibilität und Bewusstheit, die sich im Umgang mit kulturellen Unterschieden entwickelt haben auf den Umgang mit Abweichung in der eigenen Kultur zu übertragen. In der Begegnung mit dem Fremden liegen schließlich Möglichkeiten zur Erweiterung der kulturellen Ausdrucks- Verhaltens- und Denkmöglichkeiten.

*Nevertheless, it is my conviction that the human world, much like the earth itself, even though desecrated, is still a treasure trove of hidden resources. The surface of discovery has only been barely scratched. I say this because the peoples of the world have endowed me with great riches, taught me much about myself, expanded my horizons, and presented me with a world and a self that had sufficient gnostic reality to make a believer of me (Hall 1998, S. 65).*

In der sozialpsychiatrischen Landschaft lassen sich Ansätze zu einer Begegnung in dem Sinne Halls finden: Zum Beispiel in Psychoseseminaren, in denen sich Professionelle, Psychiatrieerfahrene und Angehörige in Form einer Beziehung austauschen, die den Anderen anerkennt, nach Gemeinsamkeiten sucht und nicht kategorisch zwischen Kranken und Gesunden trennt.

In diese Auseinandersetzung können Professionelle in der Sozialpsychiatrie einsteigen, indem sie dialogische Beziehungen mit Psychiatrie-Erfahrenen jenseits der Helfer-Klient-Beziehung suchen. Professionelle erkennen dann, wie unsicher sie sich in dieser Beziehung, jenseits der klassischen Rollenverteilung zwischen Hilfebedürftigen und Helfenden fühlen. Die dialogische Beziehung, wie sie auch im Empowermentkonzept (Quindel, 2004) gefordert wird, fordert Lernbereitschaft von den Professionellen. Vielleicht lohnt es sich, die vielfältigen methodischen Ansätze der Trainings für interkulturelle Begegnung (Hinz-Rommel 1994; Luchtenberg 1999) zu nutzen. Diese Trainings fördern mit Hilfe von Selbsterfahrungsübungen in Gruppen die Sensibilität für eigene, unbewusste kulturelle Normen. Unbewusste Reaktionen in der Begegnung mit fremden kulturellen Beziehungsmustern werden dem Bewusstsein zugänglich.

In Psychoseseminaren laufen ähnliche Prozesse ab, wie in den Trainings zur interkulturellen Kommunikation. Becher (2004) hat diese Prozesse in seinen Interviews mit Teilnehmer/innen von Psychose-Seminaren herausgearbeitet. Interessant wäre hier eine weiterführende Forschung, Theorien der interkulturellen Kommunikation und Formen der Begegnung nach Bennett (1986) könnten zur Untersuchung der Haltungen der Professionellen in Psychoseseminaren und anderen sozialpsychiatrischen Settings eine Orientierung bieten.



## **Autor**

- \* **Ralf Quindel:** Jahrgang 1966, Dr.phil, Dipl.Psychologe. Professor an der Katholi-

schen Hochschule für Sozialwesen in Berlin. Veröffentlichungen im Bereich Beratung, Empowerment, Diskurstheorie und Psychiatriekritik. E-mail: quindel@khsb-berlin.de

## **Literatur**

- Becher, Andreas (2004): Professionelle Helfer im Psychose-Seminar. Wanderer zwischen den Welten. Eine qualitativ-empirische Untersuchung. Berlin: dissertation.de – Verlag im Internet GmbH.
- Bennett, Milton J.(1986): Towards Ethnorelativism: A Developmental Model of Intercultural Sensitivity. In: Paige, R.Michael (Hg.): Cross-Cultural Orientation: New Conceptualizations and Applications. New York: University Press of America.
- Bennett, Milton J. (1998): Intercultural Communication: a Current Perspective. In: Bennett, Milton J. (Hg.): Basic Concepts of Intercultural Communication. Boston: Intercultural Press.
- Bock, Thomas (1998): Partnerschaft – Perspektiven einer dialogischen Psychiatrie. In: Bock, Thomas und Weigand, Hildegard (Hg.): Handwerksbuch Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Erdheim, Mario (1994): Psychoanalyse und Unbewußtheit in der Kultur. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1989): Wahnsinn und Gesellschaft: eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Freud, Sigmund (1955): Abriß der Psychoanalyse: Das Unbehagen in der Kultur. Frankfurt am Main: Fischer.
- Goffman, Erving (1974): Das Individuum im öffentlichen Austausch. Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hall, Edward T. (1966): The Hidden Dimension. New York: Double Day.
- Hall, Edward T. (1998): The Power of Hidden Dimension. In: Bennett, Milton (Hg.): Basic Concepts of Intercultural Communication. Boston: Intercultural Press.
- Hall, Edward T. und Hall, Mildred (1990): Hidden Differences. Doing business with the Japanese. New York: Anchorbooks.
- Hinz-Rommel, Wolfgang (1994): Interkulturelle Kompetenz. Münster: Waxmann.
- Luchtenberg, Sigrid (1999): Interkulturelle Kommunikative Kompetenz. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Maletzke, Gerhard.(1996): Interkulturelle Kommunikation. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Quindel, Ralf (2004): Zwischen Empowerment und sozialer Kontrolle. Das Selbstverständnis der Professionellen in der Sozialpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Sterzenbach, Georg und Moosmüller, Alois (2000): Kulturkontakt – Kulturkonflikt in der Schule. München: Studie an der Ludwig-Maximilians-Universität.
- Weber, Klaus (1998): Kulturelle Differenz und Geschlecht als Dimensionen sozialpsychiatrischer Arbeit. In: Sozialpsychiatrische Informationen Jg 28, Bd 2, S. 21-28.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber.

## Hamburger Modellprojekt Qualitätssiegel - „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“<sup>3</sup>

Monika Bobzien

### Zusammenfassung

Ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zeichnet sich darüber aus, dass es sein ärztliches und pflegerisches Handeln durch das Erfahrungswissen der Selbsthilfe erweitert, den Kontakt zwischen PatientInnen und Selbsthilfegruppen befördert und kooperationsbereite Selbsthilfegruppen aktiv unterstützt. Damit wird ein wesentliches Qualitätsmerkmal in der modernen Gesundheitsversorgung gestärkt – die Patientenorientierung. Das Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ wurde in einer zweijährigen Pilotphase von KISS Hamburg an zwei Krankenhäuser vergeben, die systematisch und nachhaltig mit Selbsthilfe kooperieren.

Aus der gesetzlichen Verpflichtung (SGB V) der Einbindung von Selbsthilfe in die professionelle Versorgung entstehen neue Rollen und Partnerschaften. Mit dem Modellprojekt konnte beispielhaft gezeigt werden, wie es gelingt, bereits bei der Entwicklung von Qualitätskriterien und im Vergabeverfahren ein kooperatives Unterfangen in Gang zu setzen. Diese Erfahrungen sollen auch andernorts zur systematischen Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller stationärer Versorgung anregen.

**Schlüsselwörter:** Kooperation – stationäre Versorgung – Gesundheitsselfhilfe – beteiligungsorientiert – Qualitätskriterien – Vergabeverfahren für Qualitätssiegel – Patientenorientierung

### Summary

Hospitals committing themselves to collaborate with patient organizations (mutual aid groups / self help groups of chronic diseases) in a systematic and sustainable way may qualify for a certificate “Selbsthilfefreundliches Krankenhaus”. In Hamburg two hospitals proved to be models of good practice and applied successfully for the award.

According to quality standards implemented in these hospitals, expert knowledge about professional treatment and health care is extended by "know-how gained by experience" which is a major characteristic of patients' organizations. Due to legal obligations (SGB V) new roles and partnerships are deriving between health professionals and self help and it is expected that successful collaboration will have synergetic effects on both sides and especially will benefit at patient-orientation.

Within two years the project took up this issue in a mutual effort focusing on participation and empowerment: Members of patients' organizations together with experts from hospitals participating in the project developed obligatory quality standards as well as a method of assessment. It is intended to further transfer the experience and results of this learning process.

**Keywords:** Collaboration – hospital - patient oriented health care – patient organization / mutual aid / self help groups – quality standards –assessment - empowerment



<sup>3</sup> Der Beitrag, der unter demselben Titel in Werner, S., Bobzien, M., Nickel, S., Trojan, A. (Hg.) (2006) S. 49 ff., erschien, wurde für den Rundbrief aktualisiert

Fünf Fachabteilungen der Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll und zwei Fachabteilungen des Klinikums Eilbek der Schön Kliniken wurden am 28. August 2006 mit dem Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus ausgezeichnet. Gewürdigt wurde damit die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen auf der Basis von Qualitätskriterien zur Selbsthilfefreundlichkeit. Das Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus ist in der Fachwelt auf ein großes Interesse gestoßen, so dass KISS<sup>4</sup> Hamburg im Rahmen eines auf ein Jahr befristeten Folgeprojektes die Vergabe des Qualitätssiegels im Regelbetrieb auf regionaler Ebene fortsetzen wird. Ab dem Jahr 2007 können sich alle Hamburger Kliniken um das Qualitätssiegel bewerben und wie das im Dezember 2006 erfolgreich abgeschlossene Modellprojekt von KISS Hamburg, in Trägerschaft des PARITÄTischen Wohlfahrtsverbandes Hamburg e.V., soll auch das Folgeprojekt vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen inhaltlich und finanziell gefördert werden.

## **1 Hintergrund**

Die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen als Partner im Gesundheitswesen wird in den letzten Jahren von immer mehr Krankenhäusern und Reha-Kliniken erkannt und als komplementäre Unterstützung beim Prozess der Behandlung und Gesundung gesehen. In der sektorenübergreifenden Versorgung, die als Bestandteil der Gesundheitsreform (SGB V) das Zusammenwirken von ambulanten und stationären Maßnahmen vorsieht, ist Selbsthilfe ein wichtiges Glied in der Versorgungskette (Stichwort „Patientenorientierung“). Der Aktivierung von Selbsthilfekräften bei den Patientinnen und Patienten wird eine salutogene Wirkung zugeschrieben: persönliche und soziale Gesundheitsressourcen werden

gestärkt und damit Gesundheit gefördert. Vor allem wenn es um die Bewältigung psychosozialer Probleme geht, die beispielsweise als Folge einer chronischen Erkrankung auftreten, ist die gegenseitige Unterstützung in Selbsthilfegruppen für Betroffene bzw. für deren Angehörige eine wertvolle komplementäre Hilfe zum medizinischen Versorgungssystem.

Dennoch gibt es nach wie vor nur wenige dauerhafte Kooperationen zwischen Selbsthilfe und professioneller stationärer Versorgung, die von beiden Seiten als erfolgreich empfunden werden. Diese Kooperationen sind oft punktuell und auf das besondere Engagement beispielsweise eines einzelnen Arztes und der Leiterin einer Selbsthilfegruppe zurückzuführen. Wechselt der Arzt das Krankenhaus oder kann die Leiterin der Selbsthilfegruppe den Einsatz nicht mehr aufrechterhalten, brechen die guten Kontakte häufig wieder zusammen, da es weder eine formale Vereinbarung noch eine strukturelle Verankerung für die Zusammenarbeit gibt. Erfolgreiche Kooperationen zeichnen sich zusätzlich darüber aus, dass sich beide Seiten mit ihrem jeweiligen Wissen als gleichwertige Partner begegnen, die Zusammenarbeit dem wechselseitigen Nutzen dient und für beide Seiten attraktiv ist (vgl. Bobzien 2003). Noch immer kämpfen viele Selbsthilfegruppen in den Krankenhäusern um Anerkennung, auch wenn inzwischen wachsende Akzeptanz der Selbsthilfe bei Ärztinnen und Ärzten (vgl. Slesina, Knerr 2005) festzustellen ist. Als Gründe für die wachsende Anerkennung werden im Wesentlichen genannt, dass Selbsthilfegruppen zu einem besseren Behandlungs- und Therapieverständnis der Betroffenen beitragen und dass sie wertvolle Arbeit bei der psychosozialen Stabilisierung und Unterstützung leisten. Vielfach ist Ärztinnen und Ärzten jedoch der Zugang zur Selbsthilfe unbekannt. Hier müssten vor allem Selbsthilfekontaktstellen eine Informationslücke schließen und das

---

<sup>4</sup> KISS steht für Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen

Aufeinanderzugehen beider Seiten professionell befördern.<sup>5</sup>

Mit dem Projekt Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus wird das geforderte Zusammenwirken von Expertenwissen und Laienkompetenz positiv aufgegriffen und entsprechende Strukturen werden systematisch etabliert.

KISS Hamburg hat von November 2004 bis Dezember 2006 mit ausgewählten Krankenhäusern des LBK Hamburg<sup>6</sup> und mehreren Gesundheitsselbsthilfegruppen vor Ort das Modellprojekt Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ durchgeführt.

Dieses bundesweit einmalige Projekt ist nicht von ungefähr in Hamburg angestoßen worden; es folgt der Tradition einer mehr als 20-jährigen vielfältigen Zusammenarbeit der lokalen Selbsthilfeunterstützung mit dem professionellen Versorgungssystem. So kann schon die Gründung von KISS-Barmbek, eine der vier Beratungsstellen in Hamburg, im Krankenhaus Barmbek im Jahr 1987 „als Beginn einer dauerhaften, zunehmend systematischer werdenden Zusammenarbeit mit den Hamburger Krankenhäusern betrachtet werden“ (Trojan, Estorff-Klee 2004: 10). Darüber hinaus hat bereits im Jahr 1999 das Allgemeine Krankenhaus Eilbek (jetzt Klinikum Eilbek – Schön Kliniken) eine Vorreiterfunktion übernommen, um für ein Zertifikat „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ eine Initiative zu starten.

Über eine formelle Kooperationsvereinbarung Anfang 2004 mit dem LBK Hamburg, erhielt diese Idee einen zusätzlichen Auftrieb, und das

<sup>5</sup> Unter dem Titel „Selbsthilfekontaktstellen als Partner der gesundheitlichen Versorgung – Kooperation und Teilhabe“ hat die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) auf ihrer bundesweiten Fachtagung 2006 in Mannheim aktuelle Impulse gesetzt. Weitere Informationen können unter [www.nakos.de](http://www.nakos.de) abgerufen werden.

<sup>6</sup> Landesbetrieb Krankenhäuser GmbH in Trägerschaft der Asklepios Kliniken. Das AK Eilbek ist seit August 2006 in die Trägerschaft der Schön Kliniken übergegangen.

Engagement zur Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe hat selbst in den veröffentlichten Qualitätsberichten der kooperierenden Häuser seinen Niederschlag gefunden. In Zusammenarbeit mit Professor Trojan vom Institut für Medizin-Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, konnte KISS Hamburg ein konkretes Konzept für ein Modellprojekt ausarbeiten und mit dem BKK Bundesverband, Essen, ein Geldgeber gefunden werden, der das Modellprojekt inhaltlich und finanziell fördert. Somit waren Ende 2004 die Weichen bei KISS Hamburg gestellt, um mit dem Pilotprojekt zur Vergabe eines Qualitätssiegels „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zu beginnen.



## 2 Die Kooperation bereits im Modellprojekt praktizieren

Auch die bis dahin gewachsene gute Praxis der Zusammenarbeit konnte fortgeführt werden: So wurden die infrage kommenden Akteure schon frühzeitig in die Entwicklung und Durchführung des Modellprojekts mit einbezogen. KISS Hamburg koordinierte federführend einen „Arbeitskreis Qualitätssiegel“ – neben dem Projektbeirat<sup>7</sup> das wichtigste Gre-

<sup>7</sup> Im Projektbeirat sind vertreten:

- BAG SELBSTHILFE – Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen, Düsseldorf,
- BKK Bundesverband, Essen,

mium zur inhaltlichen Entwicklung des Modellprojekts –, in dem intensiv die Qualitätskriterien für ein Selbsthilfefreundliches Krankenhaus wie auch die praktischen Grundlagen für das Vergabeverfahren des Qualitätssiegels erarbeitet wurden. Hervorzuheben ist, dass es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern dieses Arbeitskreises gelungen ist, „kulturelle“ Hürden zu überwinden und in der Bearbeitung der einzelnen Projektschritte vorbehaltlos zusammenzuwirken. Einige der Beteiligten blicken zwar bereits auf eine jahrelange wechselseitige, wenn auch punktuelle Zusammenarbeit zurück, dennoch haben mit den Vorarbeiten zur Etablierung einer systematischen und nachprüfbaren Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsselfthilfe und stationärer Versorgung alle Beteiligten im Arbeitskreis Neuland betreten. Umso erfreulicher ist, dass es gelang, die vorgesehenen Schritte in den Projektphasen innerhalb des geplanten Zeitrahmens zügig zu verwirklichen.

Der Arbeitskreis Qualitätssiegel ist in seiner Zusammensetzung ein gutes Beispiel, wie Kompetenzen aller Akteure gleichwertig für ein gemeinsames Ziel eingesetzt werden können. Dies war vor allem folgenden Beteiligten zu verdanken:

- den Vertreterinnen und Vertretern der Selbsthilfegruppen:
  - Frauenselbsthilfe nach Krebs, LV Hamburg;

- 
- Landesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e.V., Hamburg,
  - Institut für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg,
  - KISS Hamburg – Der PARITÄTische Wohlfahrtsverband Hamburg e.V., Hamburg,
  - NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Berlin,
  - LBK Hamburg – Servicecenter Qualitätsmanagement, Hamburg,
  - Deutscher PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband, Landesverband Nordrhein-Westfalen e.V., Wuppertal,
  - Universität Duisburg-Essen, OrgLab – Labor für Organisationsentwicklung, Essen.

- Selbsthilfegruppe Pro Retina, Regionalgruppe Hamburg;
- Angehörige Psychisch Kranker, LV Hamburg;
- die Hamburger Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen (LAG),
- den Qualitätskoordinatoren aus den kooperierenden Krankenhäusern,
  - Klinikum Eilbek;
  - Allgemeines Krankenhaus Wandsbek;
  - Klinikum Nord – Campus Ochsenzoll,
- sowie zwei Mitarbeiterinnen der regionalen KISS Beratungsstellen in Altona und Wandsbek.

### 3 Zielsetzung des Modellprojekts

Das auf zwei Jahre angelegte Modellprojekt verfolgte drei Ziele:

- die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern zu stärken und damit die Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe (SGB V) aufzugreifen,
- aus einer „passiven Akzeptanz“ von Selbsthilfe in der professionellen stationären Versorgung eine systematische Förderung und Unterstützung der Zusammenarbeit werden zu lassen,
- die aus dem Modellprojekt gewonnenen Erkenntnissen für den Transfer zu nutzen und damit bundesweit zu einer Verbreiterung des Selbsthilfeansatzes in der professionellen stationären Versorgung beizutragen.

Mit dem Modellprojekt wurde vor allem die Seite der professionellen stationären Versorgung betont und beraten. Eine langfristige Zielsetzung über die Modellphase hinaus ist es, diese Seite weiterhin professionell zu stärken und damit die Voraussetzungen zu schaffen, die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe als Qualitätsmerkmal in der Patientenorientierung nachhaltig zu verankern. Ein weiterreichender Schritt ist die sich anbahnende Kooperation

mit der Zertifizierungsstelle KTQ<sup>®</sup> GmbH.<sup>8</sup> Beabsichtigt ist, nach Abschluss des Modellprojekts „Selbsthilfefreundlichkeit“ als Kernkriterium in den so genannten KTQ-Katalog mit aufzunehmen. Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe würde dann im Rahmen der Zertifizierung von Akutkrankenhäusern abgefragt werden und die Qualität dieser Zusammenarbeit in der Leistungsdarstellung deutlich werden.

Ein so nachhaltiger Transfer in den Regelbetrieb setzt starke Partner auf beiden Seiten voraus. Im Laufe der Pilotphase für die Vergabe des Qualitätssiegels drängen sich deshalb auch Fragen auf, welche Anforderungen Selbsthilfegruppen erfüllen müssen: Sollte es bei den Selbsthilfegruppe nicht ebenfalls Qualitätsstandards für die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern und der Ärzteschaft geben? Welche Art von Unterstützung benötigen Selbsthilfegruppen, um den künftigen Erwartungen der Krankenhäuser angemessen zu begegnen und wie können sie ihre Angebote realistisch einschätzen und sich nicht überfordern? Mit diesen Herausforderungen hat sich das Modellprojekt in der letzten Phase genauer beschäftigt.



<sup>8</sup> KTQ<sup>®</sup> steht für Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, Sitz Siegburg. Weiterführende Informationen können unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de) abgerufen werden.

#### 4 Wem nützt das Qualitätssiegel?

Schon während der Modellphase wird der Nutzen eines Qualitätssiegels Selbsthilfefreundliches Krankenhauses deutlich. Je nach Perspektive der beteiligten Interessengruppen gibt es spezifische Unterschiede, worin der Nutzen des Qualitätssiegels gesehen wird:

Krankenhäuser können mit dem Qualitätssiegel eine Imageverbesserung und einen Wettbewerbsvorteil erreichen. Krankenhäuser, die sich für ein Qualitätssiegel qualifizieren möchten, durchlaufen ein Vergabeverfahren, das Selbsthilfefreundlichkeit als ausgewiesene Qualität im Rahmen der Patientensorientierung nachweist. Die Verknüpfung von Betroffenenwissen und Expertenwissen erweitert darüber hinaus die fachliche Kompetenz und den Handlungsansatz bei der Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Selbsthilfegruppen, die mit einem „Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus“ kooperieren, erhalten Wertschätzung und können davon ausgehen, dass mit ihnen eine systematische etablierte Zusammenarbeit gewünscht ist. Die Selbsthilfegruppe steigert ihren Bekanntheitsgrad, indem gemeinsam Öffentlichkeitsarbeit betrieben wird und sich Patientinnen und Patienten als potentielle Gruppenmitglieder an sie wenden. Der Informations- und Erfahrungsaustausch mit Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften erweitert auch die Kompetenzen in der Selbsthilfegruppe.

Patientinnen und Patienten gibt ein Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus mehr Vertrauen, dass sie patientenfreundlich versorgt werden. Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige können vor oder während der Behandlung bereits Informationen und Unterstützung durch eine Selbsthilfegruppe erhalten. Auch wissen Sie, wo sie nach der Entlassung vor Ort weitere Hilfe finden können.

Selbsthilfeunterstützungsstellen sind für die konkrete Kooperation vor Ort eine wichtige Drehscheibe und Brückeninstanz. Ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch verbessert konkret die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller Versorgung. Die Qualifizierung für ein Qualitätssiegel schafft für Selbsthilfeunterstützungsstellen die Möglichkeit, ihre professionelle Kompetenz stärker in die professionelle Versorgung einzubringen und die Kontaktstellenarbeit gezielt weiterzuentwickeln.<sup>9</sup>

## 5 Die Entwicklung von Qualitätskriterien

Aus der im Frühjahr 2005 durchgeführten *bundesweiten Bestandsaufnahme zu Modellen guter Praxis der Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Krankenhäusern*<sup>10</sup> kamen für den Arbeitskreis Qualitätssiegel wertvolle Anregungen aus den Selbsthilfeorganisationen, den Selbsthilfegruppen und den Selbsthilfeunterstützungsstellen. Die Rückmeldungen aus der Umfrage, die das Institut für Medizin-Soziologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf dem Arbeitskreis in mehreren Schritten vorstellte, bestätigten den Nutzen eines Qualitätssiegels und führten dazu, die Formulierungen des Kriterienkatalogs „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zu schärfen. Gleichzeitig zeigten die Berichte aus der Selbsthilfelandchaft aber auch die „Knack-

punkte“ auf, die eine gute Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und professioneller stationärer Versorgung behindern.

Von Seiten der *Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen* war es das wichtigste Anliegen, dass Patientinnen und Patienten von professioneller Seite auf die Arbeit der Selbsthilfegruppe hingewiesen und der Kontakt bereits im Krankenhaus vermittelt wird. Eine Wertschätzung sehen Selbsthilfegruppen auch darin, dass ihre Anwesenheit auf Station selbstverständlich gern gesehen ist, ihre Materialien ausgelegt werden und sie in öffentlichkeitswirksame Aktivitäten (z.B. Tag der offenen Tür) oder auch in Qualitätssicherungsmaßnahmen (z.B. in Form von Qualitätssirkeln) mit einbezogen werden.

*Selbsthilfekontaktstellen* sind mehr daran interessiert, dass die Rahmenbedingungen für eine gelungene Zusammenarbeit stimmen und gesichert sind. So wird die Benennung eines Selbsthilfebeauftragten als wertvoll empfunden, um für ein selbsthilfefreundliches Klima im Krankenhaus zu sorgen und um einen Ansprechpartner für beide Seiten zu haben. Der regelmäßige Erfahrungsaustausch zwischen Krankenhaus und Selbsthilfekontaktstelle ist nützlich für die wechselseitige Information, den Aufbau von Selbsthilfegruppen im Krankenhaus und um ggf. zwischen den Interessen des Krankenhauses und der Selbsthilfegruppe zu vermitteln.

Es haben sich schließlich folgende Qualitätskriterien – so genannte *Kernkriterien* – herauskristallisiert, die ein Krankenhaus erfüllen muss, um sich für ein Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ zu qualifizieren:

- Räume, Infrastruktur und Präsentationsmöglichkeiten werden der Selbsthilfegruppe zur Verfügung gestellt. Deren Gestaltung orientiert sich an den Bedürfnissen

<sup>9</sup> Siehe auch „Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V“ vom 10. März 2000, insbesondere Kapitel 3.3, in dem die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Selbsthilfegruppen als Aufgabegebiet einer Selbsthilfekontaktstelle definiert wird (vgl. Borgetto, v. Troschke 2001).

<sup>10</sup> Die bundesweite Umfrage wurde zwischen Februar und Mai 2005 durchgeführt. 40 Selbsthilfeorganisationen, 12 Hamburger Selbsthilfegruppen und 42 Selbsthilfeunterstützungsstellen hatten sich bereit erklärt, den umfangreichen Fragebogen ausführlich zu beantworten. Siehe dazu den Beitrag von Werner, Nickel und Trojan zur Befragungsstudie in Werner, S., Bobzien, M., Nickel, S., Trojan, A. (Hg.) (2006).

der Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige sowie der Selbsthilfegruppen.

- Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige werden regelhaft und persönlich über die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe informiert. Sie erhalten Informationsmaterial und werden ggf. auf Besuchsdienste oder Sprechzeiten im Krankenhaus aufmerksam gemacht.
- Selbsthilfegruppen werden in ihrer Öffentlichkeitsarbeit unterstützt und treten gegenüber der Fachöffentlichkeit als Kooperationspartner auf.
- Das Krankenhaus hat eine(n) Selbsthilfebeauftragte(n) benannt.
- Zwischen Selbsthilfegruppen/ Unterstützungsstelle und Krankenhaus findet ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch statt.
- In die Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Selbsthilfe sind Selbsthilfegruppen bzw. die Unterstützungsstelle einbezogen.
- Das Krankenhaus ermöglicht Selbsthilfegruppen die Mitwirkung an Qualitätszirkeln, Ethik-Kommission u.ä.
- Die Kooperation mit einer Selbsthilfegruppe und/oder Unterstützungsstelle ist formal beschlossen und dokumentiert.

## 6 Anlehnung des Vergabeverfahrens an KTQ<sup>©</sup>

Für die Pilotphase zur Vergabe des Qualitätssiegels wurde mit den kooperierenden Krankenhäusern vereinbart, dass im Modellzeitraum realistischerweise auf der Ebene der beteiligten Fachabteilungen der „Probelauf“ für das Vergabeverfahren durchgeführt wird. So können sich im Modellprojekt Fachabteilungen über zwei Verfahrensschritte, die erfolgreich durchlaufen werden müssen, für das Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus qualifizieren:

Über eine *Selbstbewertung* („self assessment“), wozu die Fachabteilung in einem Selbstbewertungsbericht zu vorgegebenen Kriterien Auskunft gibt, inwieweit sie die Qualitätskriterien für ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ erfüllt.

Liegt der Selbstbewertungsbericht vor, wird eine *Fremdbewertung* („audit“) auf der Basis der Auswertungsergebnisse durchgeführt. Die Überprüfung und Verbesserungspotentiale werden in einem abschließenden Qualitätsbericht festgehalten.



Für beide Verfahrensschritte hat sich das Modellprojekt entschieden, sich an der Systematik des KTQ<sup>©</sup>-Zertifizierungsverfahrens zu orientieren. Bei der Ausarbeitung der Fragestellungen für die Selbstbewertung wurden 13 von 70 möglichen Kriterien aus dem aktuellen KTQ<sup>©</sup>-Manual (dem so genannte KTQ-Katalog), Version 5.0, ausgewählt, und zwar aus folgenden Bereichen:

- Patientenorientierung,
- Mitarbeiterorientierung,
- Informationswesen,
- Krankenhausführung,
- Qualitätsmanagement.



Zu diesen Kriterien wurden Fragestellungen entlang der Bewertungssystematik „Plan-Do-Check-Act“ (PDCA) entwickelt, die sich auf die Qualitätskriterien „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ beziehen. Die Bewertung nach PDCA erfolgt in einem Kreislauf prozessorientiert: Einer systematischen Planung mit festgelegten Zielen und Verantwortlichkeiten folgt die Beschreibung der durchgeführten Prozesse, auf welche Weise sie überprüft werden und welche Konsequenz für weiteres Handeln daraus entsteht, das erneut in den Planungsprozess einfließt. Die Orientierung an diesem Bewertungskreislauf, wie an den Verfahrensschritten des KTQ<sup>®</sup> insgesamt, wurde bewusst gewählt, da es sich hier um ein Modell eines Qualitätssicherungsverfahrens handelt, das in der Krankenhauslandschaft im deutschsprachigen Raum sehr verbreitet und anerkannt ist. Darüber hinaus kamen die bereits bekannten Abläufe den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kooperierenden Fachabteilungen entgegen, die sich zeitgleich mit dem Modellprojekt im Zertifizierungsverfahren nach KTQ<sup>®</sup> befinden.

Schon während der Pilotphase brachte das Verfahren den kooperierenden Krankenhäusern Vorteile: Nicht zuletzt flossen die guten Ergebnisse zur Selbsthilfefreundlichkeit aus den Fachabteilungen in die Gesamtbewertung des KTQ<sup>®</sup>-Verfahrens mit ein, das die Krankenhäuser derzeit parallel durchlaufen. Auch hat sich der gewünschte Effekt – dass sich die Motivation der beteiligten Fachabteilungen erhöht und die Selbsthilfefreundlichkeit auf andere Fachabteilungen „ansteckend“ wirkt – inzwischen eingestellt. Mehrere Fachabteilungen möchten im Folgeprojekt die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe stärken und werden sich für das Qualitätssiegel bewerben.

### Die Selbstbewertung

Der erste Verfahrensschritt – die Selbstbewertung – wurde im Mai 2006 abgeschlossen.

Folgende Fachabteilungen wurden vom Modellprojekt dazu eingeladen:

- Klinikum Eilbek – Schön Kliniken: Die Abteilung für Rheumatologie und klinische Immunologie sowie das Zentrum für Schwerst-Schädel-Hirnverletzte;
- Asklepios Klinik Nord – Campus Ochsenzoll: Der Bereich Psychiatrie und Psychotherapie mit fünf Fachabteilungen (neben der allgemeipsychiatrischen Versorgung auch Fachabteilungen für Gerontopsychiatrie bzw. für Abhängigkeitserkrankungen).

Wie im Zertifizierungsverfahren nach KTQ<sup>®</sup> wurden die Fachabteilungen durch die Qualitätskoordinatoren in der Selbstbewertung unterstützt. Die von den Fachabteilungen eingereichten Selbstbewertungsberichte wurden von einem *Bewertungsteam* ausgewertet. Das Team – zusammengesetzt wiederum aus einer Vertreterin der Selbsthilfe, einem Qualitätskoordinator und der Mitarbeiterin einer Beratungsstelle von KISS Hamburg – konnte so die Selbsteinschätzungen der Fachabteilungen mit einem breiten und fachlich kompetenten Blickwinkel betrachten und sie im Konsens bewerten. Die Fachabteilungen erhielten im Anschluss eine ausführliche schriftliche Rückmeldung zu den Ergebnissen der Bewertung. Neben einer Punktebewertung zum Erfüllungs- und Durchdringungsgrad des Qualitätskriteriums in den einzelnen Phasen des Plan-Do-Check-Act, konnten sich die Fachabteilungen an Kommentaren und Fragen orientieren, die Grundlage sein werden für die Auditgespräche.

### Das Visitorenteam

Als nächster Schritt im Vergabeverfahren des Qualitätssiegels war die Fremdbewertung (externes Audit) durch ein *Visitorenteam* angesetzt.

Das Visitorenteam setzte sich aus fachkompetenten Vertreterinnen und Vertretern von Krankenhäusern wie aus der Gesundheits-selbsthilfe und der Selbsthilfeunterstützung zusammen. In Gesprächen und anlässlich einer Begehung vor Ort konnten sie sich über den Erfüllungsgrad der Qualitätskriterien in den Fachabteilungen informieren. Die Besuche wurden an zwei Terminen ganztägig und strukturiert durchgeführt: als Bereichsaudit in der Asklepios Klinik Nord – Campus Ochsenzoll sowie als eintägiges Audit in den beiden genannten Fachabteilungen im Klinikum Eilbek – Schön Kliniken.

Um sich für diese ungewohnte Aufgabe vorzubereiten, haben neben zwei Mitarbeiterinnen aus den Beratungsstellen von KISS Hamburg acht Vertreterinnen aus Gesundheits-selbsthilfegruppen an einer *Visitoren-schulung* teilgenommen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Selbsthilfegruppen konnten über das Plenum der Hamburger Selbsthilfegruppen, zu dem KISS Hamburg jedes Jahr einlädt, bzw. durch Empfehlungen aus dem Arbeitskreis Qualitätssiegel für eine Mitarbeit am Modellprojekt in dieser Phase interessiert werden. Als Vorteil erwies sich, dass einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits Vorerfahrungen zum Thema Qualitätssicherung aus ihrer früheren Berufstätigkeit mitbrachten, so dass sie sich schnell in die Fragetechnik und in den Ablauf eines Audits einfinden konnten.

Das Seminar hat vor allem dazu beigetragen, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus den Selbsthilfegruppen üben konnten, vorrangig in ihre Fragestellungen die Fachkompetenz als Vertreter der Selbsthilfe einfließen zu lassen und *nicht* das Interesse ihrer spezifischen Gruppe im Umgang mit einer bestimmten Fachabteilung in den Vordergrund zu stellen. Die Mitglieder aus den Selbsthilfegruppen erhielten für die Tätigkeit im Visitorenteam eine Aufwandsentschädigung aus Mitteln des Modellprojekts.

### **Die Fremdbewertung**

Der Audittermin wurde vom Visitorenteam in einem internen Vorgespräch gründlich vorbereitet. In dieser Vorbereitung ging es vor allem darum, auf der Basis der Selbstbewertung und der Auswertungsergebnisse solche Kriterien in Augenschein zu nehmen, die vermuten lassen, dass die Fachabteilung dort einiges zu „bieten“ hat. In Abstimmung mit der Fachabteilung und dem Qualitätskoordinator wurde ein Tagesplan erarbeitet, so dass für die kollegialen Gespräche die richtigen Ansprechpartner zu den vereinbarten Zeiten zur Verfügung standen.

Zum Audittermin wurden die infrage kommenden Fachabteilungen vom Modellprojekt formal eingeladen. Die Einladung beinhaltete auch eine Zusicherung zur Beachtung des Datenschutzes. In einem Audit zeigt sich eine Organisation ja nicht nur von ihrer Schokoladenseite, sondern die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geben auch Auskunft auf Fragen, die auf Schwachstellen hinweisen. Allen Beteiligten eines Audits war bewusst, dass ein offener, konstruktiver Umgang mit heiklen Fragen nur auf Vertrauensbasis gelingen kann.

Das Audit, an dem sich von Seiten des Krankenhauses Fachkräfte aus Medizin, Verwaltung, Pflege und aus Funktionsbereichen beteiligten, begann mit einer Vorstellung der Fachabteilung durch den leitenden Arzt. Nach den kollegialen Gesprächen mit Fachkräften zu ausgewählten Kriterien, nahm das Visitorenteam eine begleitete Begehung in der Fachabteilung wie auch an zentralen Informationsstellen vor. Bei dieser Gelegenheit konnte sich das Visitorenteam zeigen lassen, wo beispielsweise Informationsmaterial über Selbsthilfegruppen ausliegt, welche Räumlichkeiten Selbsthilfegruppen für Gespräche mit PatientInnen bzw. Angehörige nutzen können oder ob die zentrale Auskunftsstelle in der Eingangshalle eine aktuelle Liste der kooperierenden Selbsthilfegruppen vorliegen hat.

Der Audittermin endete mit einem Abschlussgespräch, in dem das Visitorenteam die insgesamt gewonnenen Eindrücke und Ergebnisse an die beteiligten Fachkräfte und die Leitung der Fachabteilung zurückmeldete.

Wie auch schon die Beteiligung an der Selbstbewertung war die Fremdbewertung im Rahmen des Modellprojekts – trotz oder gerade wegen der Hinterfragung der in der Selbstbewertung angegebenen Aktivitäten – als Impuls und Ermutigung zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Selbsthilfe zu verstehen. Diese kritisch-konstruktive Haltung, die vom Visitorenteam eingenommen werden soll, wird durch die Logik der Bewertungssystematik Plan-Do-Check-Act unterstützt. So wurde zu den Ergebnissen der kollegialen Gespräche wie auch der Begehung eine Punktebewertung im Konsens vorgenommen.

### **Der Qualitätsbericht**

Eindrücke und Ergebnisse aus beiden Verfahrensschritten flossen zusammengefasst in einen *Qualitätsbericht* ein, der vom Modellprojekt in Abstimmung mit dem Visitorenteam und der Fachabteilung erstellt wurde. Der Qualitätsbericht wurde den Fachabteilungen anlässlich der Vergabe des Qualitätssiegels „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ am 28. August 2006 übergeben. Er dokumentiert den Nachweis, dass die am Vergabeverfahren beteiligten Fachabteilungen ihr ärztliches und pflegerisches Handeln durch das Erfahrungswissen der Selbsthilfe erweitern und die Qualitätsstandards für ein „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ systematisch weiter entwickeln. Zu ausgewählten Kriterien sind die Leistungen der Fachabteilungen dargestellt. Als Grundlage für weitere Verbesserungen in der Zusammenarbeit soll er dazu anregen, dass sich die Idee des Qualitätssiegels im Hause verbreitet. Der Qualitätsbericht wurde von Seiten des Krankenhauses wie auch vom Modellprojekt veröffent-

licht und kann unter [www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de](http://www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de) abgerufen werden.

## **7 Von der Episode zur systematischen Zusammenarbeit**

Selbstbewertung und Audit sind für die seriöse Vergabe eines Qualitätssiegels notwendige Verfahrensschritte, die im Rahmen des Modellprojekts jedoch mit „Leben gefüllt“ werden müssen. In der Pilotphase sind daher erstmalig für die Bewertung des Erreichungs- und Durchdringungsgrades eines Qualitätskriteriums „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ *Indikatoren* entwickelt worden, an denen erkannt wird, inwieweit Selbsthilfefreundlichkeit in der Institution strukturell verankert ist (beispielsweise, indem die Stelle eines Selbsthilfebeauftragten besetzt ist) und das Leistungsspektrum für die Patientinnen und Patienten bzw. deren Angehörige selbsthilfefreundlich gestaltet ist (beispielsweise, indem beim Entlassungsgespräch der Besuch einer Selbsthilfegruppe empfohlen wird).

Die strukturelle Verankerung wie auch das Leistungsspektrum unter dem Gesichtspunkt Selbsthilfefreundlichkeit systematisch zu planen, durchzuführen, zu überprüfen und daraus Konsequenzen in Richtung Verbesserung zu ziehen, ist eine Anforderung, die bei der Entwicklung eines „Prototyps“ im Vergabeverfahren des Qualitätssiegels Selbsthilfefreundliches Krankenhaus weder erfüllt, noch erwartet werden kann. Bisher hat es dazu einfach noch keinen orientierenden Maßstab gegeben, und verschiedene Maßnahmen sind daher eher wildwüchsig entstanden, was ihre Qualität nicht schmälert.

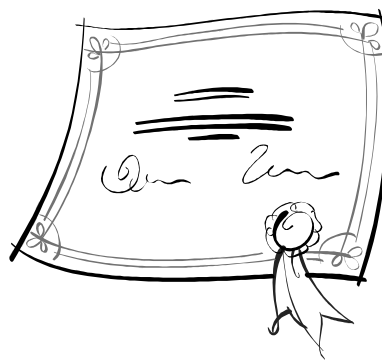
Das Modellprojekt hat deshalb besonders die Bereitschaft der Fachabteilungen gewürdigt, das bisher Vorhandene vorbehaltlos mit der PDCA-Systematik bewerten zu lassen. Vor dem Hintergrund, dass bisher die Zusammenarbeit der kooperierenden Fachabteilungen mit

Selbsthilfegruppen oft auf das persönliche Engagement der Protagonisten auf beiden Seiten zurückzuführen ist (oder war), sind die Ergebnisse der Selbstbewertung daher nicht verwunderlich: Ein großes Verbesserungspotential ergibt sich gerade in der strategischen Planung und in der systematischen Überprüfung von Zielen und Prozessen zur Zusammenarbeit mit Selbsthilfe.

Aus vielen Antworten spricht ein großes Engagement in den tatsächlich durchgeführten Aktivitäten. Es findet sich jedoch (noch) keine Entsprechung in den übergeordneten Zielen (z.B. in einem Leitbild) und keine Legitimation über Hierarchien hinweg, so dass die Aktivitäten vom sonstigen Geschehen oft abgekoppelt wirken mit dem Risiko, dass eine gute Zusammenarbeit „vor Ort“ auf einer Station nicht fortgeführt wird, sobald das persönliche Engagement eines der Protagonisten auf dieser Ebene ausfällt. Wegweisend ist es in einzelnen Fällen jedoch schon gelungen, zwischen Selbsthilfegruppe und Fachabteilung schriftliche Verträge zur Ausgestaltung der Kooperation zu schließen, wie beispielsweise mit der Frauenselbsthilfe nach Krebs, LV Hamburg, um die Zusammenarbeit abzusichern.

Trotz der aufgezeigten Dilemmata konnte gerade im kollegialen Dialog und während der Begehung der am Verfahren beteiligten Fachabteilungen ein derart konstruktives Klima zwischen den VisitorInnen und den VertreterInnen der Ärzteschaft und den Pflegekräften geschaffen werden, das es beiden Seiten ermöglichte, Verbesserungspotenziale zu entdecken und aufzugreifen. In einem der auditierten Häuser hat der frische Impuls unmittelbar zu einem übergreifenden Projekt geführt: Auf der Homepage jeder Fachabteilung wird künftig die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe deutlich hervorgehoben. Die Selbsthilfegruppe beschreibt dort selbst die Form der Kooperation und es wird ein Link zur Homepage der kooperierenden Selbsthilfegruppe eingerichtet.

Solche Fortschritte, die das Zusammenwirken zwischen Selbsthilfe und Fachabteilung entsprechend der Qualitätskriterien systematisch verbessern, sind ein notwendiger Teil in der Qualitätsentwicklung – immerhin ist die Gültigkeitsdauer des Qualitätssiegels „Selbsthilfe-freundliches Krankenhaus“ auf drei Jahre begrenzt und eine Rezertifizierung steht danach an.



## 8 Ausblick in Richtung Transfer

An der Verleihung des Qualitätssiegels, die am 28. August 2006 in einem offiziellen und öffentlichkeitswirksamen Rahmen stattfand, nahmen mehr als 80 Vertreterinnen und Vertreter aus der Selbsthilfe, den Krankenhäusern und den Krankenkassen aus ganz Deutschland teil. In den Redebeiträgen wurde deutlich, dass eine Fortführung durch KISS Hamburg auf regionaler Ebene von Seiten des BKK BV, des BKK LV Nord ebenso befürwortet wird, wie von Seiten der Selbsthilfe und der kooperierenden Krankenhäuser.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Im Raum Hamburg gibt es mehr als 100 Krankenhäuser einschließlich Spezialkliniken, wovon die Hamburgische Krankenhausgesellschaft (HKG) als Dachverband der Krankenhausträger 38 öffentliche, freigemeinnützige und private Kliniken in und um Hamburg vertritt. Quelle: [www.hkgev.de](http://www.hkgev.de)  
Stand 2006: Im Großraum Hamburg gibt es mehr als 1100 Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen im Gesundheitsbereich. Quelle: Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen Raum Hamburg, 16. Auflage 2006/2007. Hg.: Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) und KISS Hamburg

### Das Folgeprojekt

Die „Vergabe des Qualitätssiegels durch KISS Hamburg im Regelbetrieb“ wird auch künftig durch den *Arbeitskreis Qualitätssiegel* begleitet. Die gleichwertige Mitwirkung der beteiligten Akteure im Arbeitskreis trägt nicht nur zu einer hohen Motivation der Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe wie auch der Fachabteilungen in den kooperierenden Krankenhäusern bei, sondern ist ein Merkmal des Qualitätssiegels „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ und damit eine wesentliche Voraussetzung, um die Akzeptanz des Vergabeverfahrens und des Qualitätssiegels bei den kooperierenden Krankenhäusern wie auch in der Selbsthilfe zu gewährleisten.

Das Modellprojekt wird bis Ende 2006 die Erkenntnisse aus dem vorangegangenen „Prototyp“ zusammenfassen und in Form einer Praxishilfe anwenderfreundliche Handreichungen für interessierte Krankenhäuser entwickeln und veröffentlichen.<sup>12</sup> Darüber hinaus werden die Vorbereitungen des Transfers auf Bundesebene durch den interdisziplinär besetzten Projektbeirat intensiv und insbesondere zu folgenden Schritten begleitet:

#### Verbindliche Implementierung der Qualitätskriterien

Mit der Zertifizierungsgesellschaft KTQ<sup>®</sup> GmbH wurde vereinbart, nach der Modellphase ein Kernkriterium zum Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus vorzulegen, das in das Vergabeverfahren für eine Zertifizierung implementiert werden kann. Dazu hat KISS Hamburg einen umfassenden Vorschlag vorgelegt, der auch Qualifizierungsmaßnahmen für KTQ<sup>®</sup>-Visitoren beinhaltet, damit das Kernkriterium sachgerecht bewertet wird.

Die Kooperation mit einem etablierten Zertifizierer bedeutet zwar eine potentielle Aufwer-

tung des Qualitätssiegels auf breiter Ebene in der Krankenhauslandschaft, interessierte Krankenhäuser sollen sich jedoch auch unabhängig davon für das Qualitätssiegel bewerben können. Sie müssen dazu nachweisen, dass sie in ein anerkanntes Qualitätssicherungsverfahren eingebunden sind.

Da in anderen Regionen im Allgemeinen nicht davon ausgegangen werden kann, dass sich Krankenhäuser aus einer so gut vorbereiteten Ausgangsposition heraus für ein Qualitätssiegel bewerben werden, wie dies im Rahmen des Modellprojekts in Hamburg mit den kooperierenden Krankenhäusern der Fall ist, soll darüber hinaus im Regelbetrieb eine Beratungsangebot aufgebaut werden, das interessierte Krankenhäuser vor Ort darin unterstützt, die Zusammenarbeit mit Selbsthilfe tatsächlich zu verbessern – nicht nur um den Kriterien zu genügen.

#### Den Partner „Selbsthilfe“ stärken

Erkennbar ist – und das geht auch aus den Anforderungen hervor, die an die Qualitätskriterien gestellt werden –, dass ein Qualitätssiegel „Selbsthilfefreundliches Krankenhaus“ nicht nur die Krankenhäuser zu einer systematischen Zusammenarbeit verpflichtet, sondern auch die Seite der Selbsthilfe.

Die professionelle Seite in der stationären Versorgung kann unter dem Stichwort „Patientenorientierung“ konsequenterweise nur dann im Sinne der Patientinnen und Patienten wirklich selbsthilfefreundlich handeln, wenn auf der Seite der Selbsthilfe starke Partner (mit)wirken. Der Erfolg der Zusammenarbeit hängt also auch künftig davon ab, wie beide Seiten in den lokalen Gegebenheiten ihre Möglichkeiten und Grenzen erkennen und diese miteinander kommunizieren.

<sup>12</sup> Veröffentlichungen zum Projekt können unter [www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de](http://www.selbsthilfefreundliches-krankenhaus.de), [www.nakos.de](http://www.nakos.de) und [www.bkk.de](http://www.bkk.de) abgerufen werden.

## **Autorin**

- \* **Monika Bobzien**, Dipl.-Psychologin (Sozial- und Gemeindepsychologie), Organisationsberaterin und Personalentwicklerin (BSO/DGSv).

Schwerpunkte sind die Beratung und Begleitung partizipativer Veränderungsprozesse, Qualitätsmanagement, Evaluation und Projektentwicklung. Lehraufträge und Veröffentlichungen zu Qualitätsmanagement, Qualitätsstandards in der interkulturellen Arbeit, Empowerment, Selbsthilfe und Gesundheitsförderung. Monika Bobzien ist seit 1984 in der Selbsthilfeunterstützung engagiert und führt derzeit für KISS Hamburg /Der PARITÄTische Wohlfahrtsverband Hamburg e.V. das Projekt Qualitätssiegel Selbsthilfefreundliches Krankenhaus durch.

monika.bobzien@arcormail.de

## **Literatur**

- Bobzien, M. (2003): Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen mit dem professionellen Versorgungssystem – den Wandel mit den Akteuren initiieren. In: DAG SHG (Hg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2003. Gießen, 72-83.
- Borgetto, B., v. Troschke, J. (2001): Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften. Freiburg i. Br.
- Slesina, W., Knerr, A. (2005): Zusammenarbeit von Ärzten der ambulanten / stationären Versorgung und Selbsthilfegruppen. Vortrag anlässlich des BKK-Selbsthilfetages vom 12./13.10.2005 in Düsseldorf ([www.bkk.de](http://www.bkk.de)).
- Trojan, A., Estorff-Klee, A. (2004): Meilensteine der Selbsthilfeförderung in Hamburg. In: Trojan, A., Estorff-Klee, A. (Hg.): 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Unterstützungserfahrungen und -bedarf am Beispiel Hamburgs. LIT-Verlag: Münster, 7-13.
- Werner, S., Bobzien, M., Nickel, S., Trojan, A. (Hg.) (2006): Selbsthilfefreundliches Krankenhaus. Vorstudien, Entwicklungsstand und Beispiele der Kooperation zwischen Selbsthilfegruppen und Krankenhäusern. Gesundheitsförderung und Selbsthilfe. Bd. 16, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen.

## Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe – es gibt noch viel zu tun

Brigitte Seifert

### Zusammenfassung

Das Konzept der Gesundheitsförderung der WHO hat bereits Geschichte und ist dennoch aktuell: 20 Jahre nach seiner Verabschiedung (Ottawa-Charta der WHO, 1986) ist die Gesundheitsförderung noch längst nicht ausreichend etabliert, doch wird immer deutlicher, dass Prävention und Gesundheitsförderung verstärkt werden müssen und dass hierzu ein von den vielen wohlfahrtsstaatlichen Akteuren getragenes Bündnis für Gesundheit entstehen muss. Die Kinder- und Jugendhilfe fühlt sich zwar durchaus angesprochen, ihren Beitrag zu leisten, in der alltäglichen Praxis ist sie jedoch noch wenig auf Gesundheitsförderung eingestellt, obwohl es viele Anknüpfungspunkte gäbe. Zur besseren Etablierung dieses Aufgabenbereichs in den Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe scheinen vor allem die ausdrückliche Verankerung der Gesundheitsförderung im KJHG, die bessere Vernetzung der Kinder- und Jugendhilfe mit Kooperationspartnern und die von allen Bundesländern gemeinsam vorangetriebene Entwicklung von gesundheitsbezogenen Lehrinhalten in Aus- und Weiterbildungsgängen der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik unerlässlich.

*Schlüsselwörter:* Gesundheitsförderung – Prävention – Kinder- und Jugendhilfe – Kinder- und Jugendhilfe-recht (KJHG) – Kooperation – Aus- und Weiterbildung

### Summary

The Charter for Health Promotion, presented at the meeting of the First International Conference on Health Promotion in Ottawa 20 Years ago is a historic document and a document with high topicality at the same time. In spite of the intention to achieve greater health for all people health promotion has not reached satisfying proportions until today. Nevertheless it becomes more and more obvious that prevention and health promotion should be extended. All social welfare organisations and public authorities should cooperate more intensively and take their parts of responsibility. The child and youth services in Germany have several starting-points to establish health promotion in their work. However, experience shows that health promotion has little importance in the practice of child and youth services. For better results it seems to be inevitable to add health promotion to the targets and/or the services stated in the German Child and Youth Services Law (KJHG). It also seems necessary to reach improved joint work between child and youth services and health care services and to improve and equalize the training standards of social workers in the different federal states.

*Keywords:* Health promotion – prevention – Child and youth services – Child and Youth Services Law (KJHG) – cooperation – training in social work

---

### 1 Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Herausforderung

Prävention und Gesundheitsförderung haben seit den 70er- und 80er-Jahren sehr an gesundheits- und sozialpolitischer Bedeutung gewonnen. Im Zuge der Gesundheitsdebatte, die in den letzten Jahren verstärkt auf Lösungen drängt, wie man die Gesundheit der Menschen,

besonders auch der Kinder und Jugendlichen, besser schützen und fördern kann, wird der Ruf nach mehr und besserer Prävention und Gesundheitsförderung und nach einem „breiten Bündnis“ für Gesundheit immer lauter.

Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Zwei von ihnen, die besonders im Hinblick auf Kinder und Jugendliche wichtig erscheinen, sollen hier genannt werden:

1. *Die besorgniserregende Zunahme von Krankheiten, die der modernen Lebensweise geschuldet sind.*

Hatte die Biomedizin in den letzten 100 Jahren Krankheit und Tod durch die erfolgreiche Bekämpfung der Infektionskrankheiten in die Schranken weisen und zu einer verbesserten gesundheitlichen Lage der Menschen maßgeblich beitragen können, so steht sie heute vor dem Problem, bestimmte gesundheitliche Störungen und Belastungen weder verhindern noch auf kurativem Wege allein erfolgreich behandeln zu können. Bereits im Kindes- und Jugendalter treten heute vermehrt Gesundheitsstörungen auf, auch als „neue“ Kinderkrankheiten (Hurrelmann 2004) bezeichnet, die mit Lebens- und Umweltbedingungen verknüpft sind, welche ihrerseits auf den strukturellen, ökonomischen und sozialen Bedingungen heutiger Industriegesellschaften und den Folgen raschen sozialen Wandels beruhen. Dies sind vor allem die Fehlsteuerung des Immunsystems, Störungen der Nahrungsaufnahme und des Ernährungsverhaltens, die Fehlsteuerung der Sinneskoordination und die unzureichende Bewältigung von psychischen Beanspruchungen und sozialen Anforderungen.

2. *Der durch zahlreiche Studien erhärtete, inzwischen auch durch repräsentative Daten gesicherte Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage.*

Prekäre Lebenslagen infolge ungünstiger sozioökonomischer Bedingungen erhöhen die Gesundheitsrisiken bei Kindern und Jugendlichen (und bei Erwachsenen). Soziale Benachteiligung und Armut können sich bereits im frühen Kindesalter im Bereich der Grundversorgung, im kulturellen, sozialen und gesundheitlichen Bereich ne-

gativ auswirken (Arbeiterwohlfahrt AWO 2000). Untersuchungen zeigen zudem, dass das Unfall- und Sterberisiko von Kindern der unteren Sozialschicht und unter Armutsbedingungen größer ist als bei Kindern aus höheren Sozialschichten (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS), [www.rki.de](http://www.rki.de); Seifert 2002). Das Gesundheitsverhalten sozial Benachteiligter und von Armut betroffener Bevölkerungsgruppen ist risikoreicher, Angebote des Gesundheitswesens werden von ihnen weniger in Anspruch genommen, auch dann, wenn es sich um Angebote speziell für diese Bevölkerungsgruppen handelt. Die eigene Gesundheit zu einem „persönlichen Projekt“ zu machen, gelingt eher jenen, die über ausreichende Ressourcen, Kompetenzen und Coping-Strategien verfügen, die den kulturellen Zwang zur Selbstdisziplin und Selbstinszenierung verinnerlicht haben. Diese Kompetenzen und Fähigkeiten gehen jedoch vor allem mit Bildung und höherem sozioökonomischen Status einher. Es spricht vieles dafür, dass Gesundheitsverhalten und gesundheitsbezogene Lebensweise nicht frei gewählt werden können und dass bessere Bildung, höherer beruflicher Status und höheres Einkommen mit einem objektiv größeren Handlungsspielraum verbunden sind (Mielck 2000).





Kindern und Jugendlichen zu ihrem Recht auf bestmögliche Gesundheit zu verhelfen, ist seit der UN-Konvention über die Rechte des Kindes (Beschluss der Vollversammlung der Vereinten Nationen am 20.1.1989) wichtiger gesellschaftlicher Auftrag. Die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit wird – trotz der oder vielleicht gerade wegen der Unterschiede im gesundheitlichen Status von Armen und Reichen, von bildungsfernen und bildungsnahen Bevölkerungsgruppen – als dringliche Aufgabe betont. Sowohl Gesundheits- und Sozialpolitik als auch das Gesundheitswesen und andere wohlfahrtsstaatliche Akteure stehen in der Verantwortung, gemeinsam neue Antworten auf die gesundheitlichen Probleme unserer Zeit, speziell der Kinder und Jugendlichen, zu finden.

Als wohlfahrtsstaatliche Institution mit sozialpolitischem Selbstverständnis wird die Kinder- und Jugendhilfe als bedeutsame gesellschaftliche Kraft wahrgenommen. Die Kinder- und Jugendhilfe hat die Aufgabe, Menschen dabei behilflich zu sein, sowohl hinsichtlich ihrer Lebensweisen als auch ihrer Lebensverhältnisse zu positiven Lösungen zu gelangen, die ihre Entwicklungschancen, ihre gesundheitlichen Chancen und ihre Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe vergrößern. Die Förderung der Ressourcen und Potenziale von Menschen in benachteiligten Lebenslagen bildet dabei einen wesentlichen Schwerpunkt. Auf politischer Ebene gibt es daher inzwischen zahlreiche Stimmen, die die Kinder- und Jugendhilfe verstärkt in das Boot der gemeinsam getragenen Verantwortung holen wollen. So artikulierten beispielsweise die Jugendministerkonferenzen 2005 und 2006, deutliche Erwartungen an die Kinder- und Jugendhilfe. Die sowohl von der Jugendministerkonferenz als auch von der Gesundheitsministerkonferenz (2005) befürwortete Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden und der Arbeitsgemeinschaft der

Obersten Landesgesundheitsbehörden erarbeitete einen Bericht, in dem Gesundheitsförderung als eine wichtige Querschnittsaufgabe für nahezu alle Politik- und Handlungsbereiche bezeichnet wird. Neben dem Gesundheitswesen seien in besonderer Weise die Bereiche Bildung, Kinder- und Jugendhilfe, Familienförderung und Soziales gefragt (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden 2006). Dem Thema „Gesundheitsförderung im Aufgabenspektrum der Kinder- und Jugendhilfe“ wird in diesem Bericht ein eigenes Kapitel gewidmet (ebd., Kapitel IV). Obwohl das KJHG Gesundheit und Gesundheitsförderung nicht ausdrücklich als Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe benennt, sei die Mitarbeit der Kinder- und Jugendhilfe im Bereich der Gesundheitsförderung nicht nur notwendig, sondern auch von ihrer eigenen Zielstellung und ihrem eigenen Aufgabenspektrum her begründet. „Eine lebenslagenbewusste, auf Stärkung von Gesundheitsressourcen ausgerichtete Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta steht in weitgehender Kongruenz mit einer auf Kindeswohlschutz und –förderung ausgerichteten Kinder- und Jugendhilfe. Die bezogen auf Kinder und Jugendliche definierten Gesundheitsziele (vgl. „Gesundheitsziele.de, BMG+S 2003a) zeigen einen hohen Grad an Übereinstimmung mit den Schutz- und Förderzielen der Kinder- und Jugendhilfe und lassen sich operativ in ihrem direkten Bezug auf Kinder, Jugendliche und ihre Familien auch nur unter maßgeblicher Mitarbeit der Kinder- und Jugendhilfe realisieren“ (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden 2006). Die Kinder- und Jugendhilfe müsse die Gesundheitsperspektive in ihrem gesamten Handlungsspektrum stärker berücksichtigen und transparenter ausweisen.

Diese Sichtweise wird auch auf der Verbandsebene der Kinder- und Jugendhilfe vertreten. Die Internationale Arbeitsgemeinschaft für Jugendfragen (IAGJ), in der die Bundesrepu-

blik Deutschland durch die Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) vertreten ist, widmete sich im Jahr 2004 in ihrer 14. Arbeitstagung dem Thema „Neue Gesundheitsrisiken bei Kindern als Herausforderung für die Kinder- und Jugendhilfe“ (IAGJ 2005). Im Zentrum der Überlegungen stand die besorgniserregende Zunahme gesundheitlicher Risiken, insbesondere des Übergewichts von Kindern und Jugendlichen. Prävention und Gesundheitsförderung sind nach Auffassung der Delegierten nicht nur Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern auch anderer Handlungsfelder, insbesondere der Kindertagesstätten und Schulen, der Umweltpolitik und des Verbraucherschutzes. Nicht nur ein breites gesamtgesellschaftliches Bündnis für Gesundheit sei gefordert, sondern auch ein verbesserter fachlicher Austausch von Erfahrungen und Kooperationsbeziehungen.

Trotz aller Einsichten, Beschlüsse und Verlautbarungen: Die Kinder- und Jugendhilfe „vor Ort“ tut sich schwer mit dem Thema „Gesundheit“ und erst recht mit dem Thema „Gesundheitsförderung“. Zwar hat das Konzept der Gesundheitsförderung die Programmatik erreicht, in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe hat es sich jedoch noch kaum wirkungsvoll durchsetzen können (Neubauer/Wilser 2004). Die Frage, warum Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe eher randständig geblieben ist, wurde bisher kaum untersucht. Es lassen sich allenfalls Vermutungen anstellen, um die es in Kapitel 3 gehen soll. Zuvor wird jedoch in Kapitel 2 noch einmal rekapituliert, um was es bei der Gesundheitsförderung eigentlich geht und wie sich „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ zu einander verhalten.

## **2 Prävention und Gesundheitsförderung – zwei Ansätze mit gleichem Ziel, aber unterschiedlichen Konsequenzen im Handeln**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich bereits in der Präambel ihrer Verfassung (1946) und später in den 70er- und 80er-Jahren in ihren Deklarationen (Franzkowiak/Sabo 1993) deutlich zu einem weiten, subjektiven Gesundheitsbegriff bekannt und ist damit über ein rein medizinisches Verständnis von Gesundheit hinausgegangen. Seitdem hat sich die Umschreibung dessen, was Gesundheit ist, weiterentwickelt. Unabhängig von den unterschiedlichen theoretischen Bezügen neuerer Definitionen besteht heute (auch in der Biomedizin) Einigkeit darüber, dass Gesundheit ein mehrdimensionaler und multikausaler dynamischer Prozess ist, bei dem geistige, seelische, körperliche und soziale Faktoren zusammenwirken. Gesundheit ist keine Fähigkeit, die erlernt oder eingeübt werden kann – oder wie der deutsche Philosoph Hans-Georg Gadamer sagt: „Gesundheit ist nichts, was man machen kann“ (zit. nach Plümer 2003).

Aus sozialisationstheoretischer und sozialökologischer Sicht entsteht oder besteht Gesundheit dann, wenn einem Menschen die Bewältigung sowohl innerer (körperlicher und psychischer) als auch äußerer (sozialer und materieller) Anforderungen gelingt, wenn sich Risiko- und Schutzfaktoren in einem Stadium der Balance befinden (Hurrelmann 2000). Gesundheit ist abhängig von der genetischen Disposition, von individuellen, psychosozialen und sozialen Ressourcen, sozialräumlichen Gegebenheiten und den Lebenslagen der Menschen. Gesundheit ist sowohl Voraussetzung als auch Ergebnis einer kontinuierlichen Auseinandersetzung des Menschen mit seinen sozialen und physischen Lebensbedingungen in den unterschiedlichen Bereichen seiner Lebenswelt (Badura 1997).

Nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation WHO, die Ende November 1986 von vielen Staaten unterzeichnet wurde, zielt Gesundheitsförderung „... auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel“ (Franzkowiak/Sabo 1993).

Der Begriff der Prävention entstammt der Terminologie der Sozialmedizin und ist eng an das Risikofaktorenmodell geknüpft. Prävention nimmt ihren Ausgangspunkt bei spezifischen Krankheiten und bezeichnet all jene Interventionshandlungen, die sich auf Risikogruppen mit klar erwartbaren oder im Ansatz eingetretenen Krankheiten oder Störungen richten (Laaser/Hurrelmann 1998). Prävention als anderer Ausdruck für Zuvorkommen oder Vorbeugung ist immer gegen etwas gerichtet, zumeist gegen gesellschaftlich unerwünschte Verhaltensweisen, die in der Öffentlichkeit besondere Aufmerksamkeit und Besorgnis hervorrufen und nach gegensteuernden Interventionen und Maßnahmen verlangen.

In den letzten Jahren ist fast immer von „Prävention und Gesundheitsförderung“ die Rede. Dem langjährig etablierten Begriff der Prävention wird Gesundheitsförderung an die Seite gestellt, zumeist ohne eindeutig auszuformulieren, was unter Prävention und was unter Gesundheitsförderung genau verstanden wird. Unklar bleibt oftmals, ob mit Gesundheitsförderung das Konzept der WHO und damit auch seine inhaltlichen Implikationen und Hand-

lungskonsequenzen gemeint sind und dieses Konzept der Primärprävention oder der risikobezogenen Prävention allgemein gegenüber oder an die Seite gestellt wird. Unklar bleibt ebenso, ob mit Gesundheitsförderung ein Zuständigkeitsbereich des Gesundheitswesens, speziell der des Gesundheitsamts, gemeint ist.

Diese „inflationäre Verwendung von Gesundheitsförderung anstelle von Prävention oder als Zusatz zur Prävention“ wird jedoch für fachlich verfehlt gehalten (so z.B. Rosenbrock 2004). In seiner Klärung des Begriffs Primärprävention legt Rosenbrock dar, dass es um ein Erhalten der Gesundheit durch Verringerung der Krankheitsanfälligkeit oder Erhöhen der allgemeinen Widerstandskraft geht. Nach seiner Auffassung bilden Belastungssenkung einerseits und Gesundheitsförderung andererseits gemeinsam die Eckpfeiler moderner gesundheitswissenschaftlich fundierter Primärprävention, da sie beide im Dienste des Ziels der Senkung von Krankheitswahrscheinlichkeiten stehen und beide die Risikosenkung zum Ziel haben (Rosenbrock 2004). Diese Sichtweise, die Gesundheitsförderung als ein Element der Primärprävention begreift, ist jedoch nicht unwidersprochen geblieben. Wird Gesundheitsförderung als Teil der Primärprävention aufgefasst, könnten – so der Einwand – die ressourcenstärkenden Aspekte zu leicht aus dem Blick geraten und der traditionell medizinisch und ärztlich besetzte Präventionsbegriff könne dominierend werden (Glaeske/Kolip 2004). Ein Verzicht darauf, Gesundheitsförderung gleichberechtigt neben die Primärprävention zu stellen, könne vor allem politisch das falsche Signal sein, denn bisher gebe es einen Mangel an gesundheitsförderlichen Aktivitäten, die nicht im medizinischen Bereich angesiedelt sind.

Diese Bedenken werden durch die zu beobachtende Tendenz gestützt, wieder mehr und mehr zeitlich eng umgrenzte risikobezogene Präventionsmaßnahmen und -programme anzubieten

– und zu finanzieren – und den Druck zu erhöhen, schnelle Wirkungen zu erzeugen. Überwiegend werden heute einzelne Elemente des Konzeptes der Gesundheitsförderung in die Primärprävention integriert, so zum Beispiel der Life Skill-Ansatz, der Empowerment-Ansatz, der Ressourcen-Ansatz, ohne jedoch den „Geist“ des Konzeptes gleichermaßen mit zu übernehmen. Dies hätte nicht nur Auswirkungen auf die Dauer von Maßnahmen, sondern würde auch den umfassenderen Anspruch erheben, die strukturellen Bedingungen der Lebensbewältigung den Bedürfnissen der Menschen stärker anzupassen, d.h., die „gesundheitsbezogene Gestaltung des Sozialen“ zum Ziel sozialpädagogischer und sozialer Arbeit zu erheben (Keupp 2000).

Wenn man das gemeinsame Ziel der Senkung von Krankheitswahrscheinlichkeit als das letztlich Verbindende zwischen Primärprävention und Gesundheitsförderung akzeptiert, dann könnte es ein wichtiger Schritt sein, als Gesundheitsförderung nicht nur die Stärkung von Gesundheitsressourcen (im Sinne Rosenbrocks als Pendant zur Belastungssenkung), sondern auch die Veränderung gesundheitsrelevanter struktureller Bedingungen zu bezeichnen. Gesundheitsförderung hat das Ziel, Gesundheitspotenziale frei zu setzen, ein Ziel, dass bei ausschließlicher Prävention verloren ginge (Glaeske/Kolip 2004).

Welcher Sichtweise man sich auch anschließen mag: Wichtig scheint, dass die Verbindung von Prävention und Gesundheitsförderung nicht zum sinnentleerten Selbstläufer wird, dass die unterschiedlichen Wurzeln der Konzepte sowie die Konsequenzen, die sich aus ihnen für das praktische Handeln ergeben, präsent gehalten werden.

### 3 Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe – in der Praxis noch nicht „angekommen“

Spätestens seit den 90er-Jahren – und nicht zuletzt in Folge des Achten Jugendberichts (BMJFFG 1990) – hat die Kinder- und Jugendhilfe ein ausgeprägtes präventives Selbstverständnis entwickelt, das sich auch in ihren Strukturmaximen: Ressourcenorientierung, Lebensweltorientierung, Prävention, Partizipation und Integration niederschlägt. Der Achte Jugendbericht führte das neue Selbstverständnis und Aufgabenverständnis der Kinder- und Jugendhilfe zum einen auf die Auswirkungen des strukturellen Wandels der Gesellschaft und die damit einhergehenden Veränderungen der traditionellen Lebensordnungen und verfügbaren Alltagsmuster zurück, zum anderen darauf, dass neue theoretische Konzepte auch ein neues Verständnis von Jugendentwicklung mit sich brachten und von daher eher pädagogische Begleitung als intentionale Erziehung nahe legten. In der Folge drängte dies den Fürsorge- und Kontrollaspekt in der Kinder- und Jugendhilfe weiter zurück, während der Handlungsbereich der Prävention zunehmend Einzug in die unterschiedlichen Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe nahm.



Vor allem in der Jugendarbeit, aber auch in der Kindertagesbetreuung, wurden seit den 90er-

Jahren zahllose Präventionsprojekte und -programme durchgeführt, die zum großen Teil, z.B. in der Suchtprävention, der Sexualprävention oder der bewegungs- und ernährungsbezogenen Prävention, auch einen eindeutigen gesundheitlichen Bezug haben, ohne dass dieser jedoch so benannt bzw. wahrgenommen würde. Die bewusste Wahrnehmung des gesundheitlichen Bezuges im präventiven Handeln und vor allem die Übernahme eines Verständnisses von Gesundheit, dass Gesundheit als mehrdimensionales und multikausales Geschehen begriffen, scheinen wesentliche Voraussetzungen dafür zu sein, dass dem Konzept der Gesundheitsförderung mit seiner salutogenetischen und sozialökologischen Orientierung überhaupt mehr Bedeutung im Alltag sozialpädagogischen Handelns eingeräumt wird. Für eine Sozialpädagogik, die sich zum Ziel setzt, Menschen darin zu unterstützen, ihre Kompetenzen und Ressourcen zu nutzen, um zu einer gelingenden Lebensbewältigung zu gelangen, gäbe es viele Anknüpfungspunkte an die Gesundheitsförderung. Diese werden jedoch, wie eine Expertise zur „Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe“ (Neubauer/Wilser 2004) zeigte, bisher wenig genutzt.

Die Expertise, die im Kontext des Landesjugendberichtes Baden-Württemberg für die 13. Legislaturperiode 2004 (Sozialministerium Baden-Württemberg 2004) erarbeitet worden ist, stellte vor allem Folgendes heraus:

- Die meisten Angebote in der Kinder- und Jugendhilfe laufen unter der Überschrift „Prävention“. Ansätze der Gesundheitsförderung haben dem gegenüber nur eine randständige Bedeutung. Auch wenn im Rahmen präventiver Programme neuere Konzepte – wie etwa das der Lebenskompetenzförderung – aufgegriffen werden, scheinen die Zugangsweisen oftmals dem Muster der Problem- und Defizitorientierung zu folgen. Dennoch geschieht bereits Vieles in der Kinder-

und Jugendhilfe, was als Gesundheitsförderung interpretiert werden kann. Nur scheinen die Beteiligten sich dessen nicht bewusst zu sein. Es wird damit Arbeit im Sinne des Konzeptes der Gesundheitsförderung geleistet, ohne dass diese Leistungen selbst als solche benannt und herausgestellt würden. Sie sind daher weder konzeptionell verankert, noch erscheinen sie in Tätigkeitsberichten.

- Nach Aktivitäten befragt, denen das Konzept der Gesundheitsförderung zugrunde liegt, antworteten Praktiker und Praktikerinnen der Kinder- und Jugendhilfe – insbesondere der Jugendarbeit – auffallend oft mit Angeboten zur Suchtprävention. Dies lässt nicht nur den Schluss zu, dass es in der Kinder- und Jugendhilfe sehr viele Angebote zu diesem Problembereich gibt, sondern auch, dass Gesundheitsförderung oft missverstanden wird. Wenn sich die Kinder- und Jugendhilfe lebensweltorientiert versteht und sie es vor allem mit einer Klientel zu tun hat, die sich in gesundheitlicher Hinsicht in eher benachteiligten Lebenslagen befinden, dann müsste sie verstärkt die grundlegenden Themen Körperlichkeit, Körperkulturen, Ernährungs- und Bewegungsverhalten wie auch der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialer Lage zu ihrer Sache machen.
- Im Bereich der Erzieherischen Hilfen gibt es in der Alltagsgestaltung viele Bezüge zur Gesundheit. Doch zeigen die Ergebnisse der Expertise, dass diese nicht konzeptionell verankert sind, sondern eher latent auftreten. Explizit werden Gesundheitsthemen vor allem dann, wenn unerwünschtes Verhalten dazu Anlass bietet. Die offiziell verabschiedete Defizitorientierung findet hier durch die Hintertür wieder Eingang. Im salutogenetischen Sinne positive Zugangsweisen zu Themen wie die Annahme der eigenen Körperlichkeit, die Selbstfürsorge, Ernährungs-

- muster und Lebensstile bestehen demgegenüber selten.
- In teilstationären und stationären Einrichtungen geht es vielfach um Fragen der Hygiene bzw. der mangelnden Hygiene. Positive Zugänge zum Thema Gesundheit sind auch hier eher selten und es gibt bisher kaum Reflektion zu einer Gesundheitsförderung in Bezug auf Alltagserfahrungen.
  - Eines der einschlägigen Themen der Kinder- und Jugendhilfe ist die Geschlechterdifferenzierung. Gerade in gesundheitlicher Hinsicht ist ein geschlechterdifferenzierender Blick von besonderer Bedeutung. Jungen und Mädchen brauchen daher geschlechterspezifische Förderzugänge. Auf Seiten der Mädchen sind es vor allem Themen wie Mädchengesundheit, Körperlichkeit, Ernährung etc., auf Seiten der Jungen Themen wie die Balance zwischen Arbeit und Leben, zwischen Funktionieren und Wohlfühlen oder Selbstfürsorge, die im Rahmen eines Gesundheitsförderungskonzeptes aufgegriffen werden sollten.



Untersuchungen zu der Frage, welche Faktoren es sind, die sich auf eine konzeptionelle Verankerung der Gesundheitsförderung in der Kinder- und Jugendhilfe hemmend auswirken könnten, gibt es bisher nicht. Die nachfolgend geäußerten Vermutungen bedürfen einer eingehenden empirischen Überprüfung.

- Eine wesentliche Handlungsmaxime von Sozialer Arbeit und Sozialpädagogik ist es, Adressaten „dort abzuholen, wo sie stehen“, d.h., sie in ihrer Lebenswelt und mit ihrer Lebensweise zu akzeptieren. Vor dem Hintergrund dieser Handlungsmaxime könnte das Konzept der Gesundheitsförderung leicht missverstanden werden, als sei es Ziel der Gesundheitsförderung, allen Menschen die mittelschichtorientierten Verhaltensnormen im Hinblick auf Gesundheitsbewusstsein, Ernährungs- und Bewegungsverhalten etc. aufzudrängen – verkürzt ausgedrückt: ihnen den „Big Mac“ madig zu machen. Gesundheitsförderung steht unter dem Ziel, dem Individuum zu mehr Selbstbestimmung zu verhelfen. Nicht die Bevormundung wird angestrebt, sondern die Vergrößerung der Partizipationschancen und Chancen auf Gesundheit des Einzelnen. Diese sollen durch Empowerment und Unterstützung gesundheitsförderlicher Strukturen erreicht werden.
- In den letzten Jahren hat sich das gesellschaftliche Interesse und der gesellschaftliche Druck auf die Soziale Arbeit enorm erhöht, bestehende gesundheitliche Gefährdungen von Kindern so früh wie nur irgendwie möglich auszumachen und rechtzeitige Hilfsmaßnahmen einzuleiten. Ausschlaggebend hierfür sind Vorkommnisse von Kindesvernachlässigung und Kindesmisshandlung, die von den sozialen Diensten nicht verhindert werden konnten und hohe Aufmerksamkeit der Medien auf sich zogen. Die nicht zuletzt im Zuge der Qualitätsdebatte und des erhöhten Kostendrucks gestiegenen Erwartungen an die Kinder- und Jugendhilfe, sich als wirkmächtige und erfolgreiche Institution zu erweisen, legen es nahe, dass sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe in erster Linie auf risikobezogene Prävention konzentrieren und effiziente Kontrolle sicherzustellen versu-

chen. Gesundheitsförderung mag in diesem Kontext als eine unspezifische „Spielwiese“ gelten, die man sich angesichts der realen Herausforderungen nicht auch noch zumuten bzw. leisten kann.

- Die Bedeutung von „Wohl des Kindes“ mag sich durch solche, institutionelles Handeln erzwingenden Vorkommnisse auf den Kontext von Gefährdungssituationen verengen, obwohl das KJHG bei der Verwendung des Terminus „Wohl des Kindes“ diese engere Sicht zwar auch, aber nicht ausschließlich zum Ausdruck bringt. Es geht beim Kindeswohl auch um die Erfüllung von Grundbedürfnissen zur Sicherung einer kindgerechten Entwicklung, um die Sicherstellung von Förderung und das Zusammenwirken von Fachkräften mit den Eltern – alles Aspekte, die im Konzept der Gesundheitsförderung von großer Bedeutung sind.

### 3.1 Veränderungsbedarf in drei Hinsichten

#### 3.1.1 Verankerung der Gesundheitsförderung im KJHG (Ergänzungsbedarf)

Der Elfte Kinder- und Jugendbericht (BMFSFJ 2002) formulierte damals provozierend, dass das KJHG kein Verhältnis zur Gesundheit habe. Die Sachverständigenkommission bemängelte, dass die Gesundheitsförderung nicht in den Leistungskatalog der Kinder- und Jugendhilfe in § 2 KJHG aufgenommen worden sei. Nur die Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche sei nach § 2 Abs. 2 Nr. 5 KJHG Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe. Empfohlen wurde damals eine Neuorientierung des KJHG im Sinne einer stärkeren Einbeziehung der Gesundheitsförderung und im Sinne der „großen Lösung“ der Integration behinderter Kinder und Jugendlicher. Das KJHG geht nur in zwei Fällen ausdrücklich auf „Gesundheit“ ein und regelt nur in einem einzigen Paragraphen, dass die Kinder- und Jugendhilfe

über geeignete Arbeitsmethoden eine gesundheitsförderliche Praxis zu leisten habe:

- In § 11 KJHG wird die Aufgabe der gesundheitlichen Bildung im Rahmen der Jugendarbeit festgelegt.
- In § 81 KJHG wird die enge Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen, speziell dem öffentlichen Gesundheitsdienst, verbindlich gemacht.

Auch in der Expertise „Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland“ (BMG+S 2003 b) wird eine ausdrückliche Verankerung von gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung im KJHG für sinnvoll und notwendig erachtet. Allerdings wird hier eine Verankerung der Gesundheitsförderung in § 1 KJHG vorgeschlagen, also im Kontext der Grundziele des KJHG. In § 1 Abs. 3 Nr. 1 (Förderung der individuellen und sozialen Entwicklung, Vermeidung und Abbau von Benachteiligungen), Nr. 3 (Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen) und Nr. 4 KJHG (Erhaltung und Schaffung von positiven Lebensbedingungen) werden zwar Ziele benannt, die auch dem Konzept der Gesundheitsförderung zugrunde liegen, die Gesundheitsförderung wird jedoch nicht ausdrücklich festgeschrieben. Dadurch ist in Bezug auf Gesundheit/Gesundheitsförderung ein sehr breiter Interpretations- und Handlungsspielraum gegeben.

In den letzten Jahren wurde häufig auf die geringe rechtliche Normierung von Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogener Prävention hingewiesen. Es wurden aber auch Versuche unternommen, die im KJHG bestehenden Regelungen im Hinblick auf Gesundheitsförderung auszubuchstabieren, insbesondere für die Arbeitsfelder Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz (§ 14 KJHG), Jugend-

arbeit (§ 11 KJHG), Jugendsozialarbeit (§ 13 KJHG), Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie (§16 KJHG) und Förderung der Kinder in Tageseinrichtungen (§ 22 KJHG). Die möglichen Anknüpfungspunkte gehen jedoch noch deutlich darüber hinaus, wie z.B. auf dem E&C-Fachforum „Vernetzung - Macht - Gesundheit“ (E&C-Fachforum 2003) ausführlich dargelegt wurde. Dort wurde auch dezidiert von einem Präventions- und Gesundheitsförderungsauftrag der Kinder- und Jugendhilfe gesprochen.

Trotz dieser positiven Entwicklungen bleibt die rechtliche Lage unbefriedigend. Insbesondere in Zeiten, in denen Sparzwänge großen Einfluss auf Leistungsentscheidungen nehmen, könnte Gesundheitsförderung als ein zu vernachlässigender Bereich eingestuft werden, vor allem dann, wenn Gesundheitsförderung ausschließlich als zusätzliches Aufgabenpaket verstanden wird. Es geht aber zu großen Teilen darum, Gesundheitsförderung als eine bewusste, ressourcenfördernde Haltung im Alltag zu verstehen und zu praktizieren. Eine in diesem Zuge zu erwartende Erweiterung des Handlungsspektrums, die zusätzliche Mittel und Kapazität erfordert, müsste von der Kinder- und Jugendhilfe offensiv vertreten und sowohl der Politik als auch der Öffentlichkeit vermittelt werden.

In ihrer Stellungnahme zum Elften Kinder- und Jugendbericht stellte die damalige Bundesregierung eine Überprüfung in Aussicht, ob die Aufgabe der Gesundheitsförderung stärker in der allgemeinen Zielbeschreibung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes verankert werden könne (BMFSFJ 2002). Dies sollte nicht in Vergessenheit geraten.

### **3.2 Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen (Intensivierungsbedarf)**

Produktive und effektive Kooperationsbeziehungen der Kinder- und Jugendhilfe zu ande-

ren gesundheitsbezogenen Akteuren setzen voraus, dass die Kinder- und Jugendhilfe ihr Verständnis von Gesundheit und ihr Verhältnis zur Gesundheitsförderung klärt und sich mit einem eigenen gesundheitsbezogenen Profil zu anderen Professionen in Beziehung setzt. Folgt man den programmatischen Äußerungen der Kinder- und Jugendhilfe, so hat das Konzept der Gesundheitsförderung längst breite Zustimmung gefunden. In den unterschiedlichen Arbeitsfeldern besteht jedoch vielfach nach wie vor ein eingeschränktes Verständnis von Gesundheit, das risikoorientiert, körperbezogen und an Krankheit rückgebunden ist. Dies hat auch Auswirkungen auf die Kooperationsbeziehungen zu anderen Institutionen und Einrichtungen. Einem eher engen Gesundheitsbegriff folgend, werden viele Handlungschancen verschenkt, weil delegiert wird, wo die Kinder- und Jugendhilfe aus ihrem eigenen Selbstverständnis heraus tätig werden könnte und müsste. Durch Delegation werden aber auch Chancen zu intensiver Kooperation verschenkt. Die Überantwortung von Aufgaben in andere Zuständigkeitsbereiche bedeutet vielfach, dass nur punktuelle Berührungspunkte entstehen und ein weitgehend unverbundenenes Nebeneinander existiert, das Synergieeffekte kaum zulässt, aber auch kaum geeignet ist, gegenseitiges Verständnis von zugrunde liegenden Konzepten, Theorien und Arbeitsweisen sowie gegenseitigen Respekt zu fördern (BMFSFJ 2002, Kap. IX.2.4).





Die meisten Bundesländer haben in den letzten Jahren den Gesundheitsämtern in neuen Gesundheitsdienstgesetzen die Aufgabe der Gesundheitsförderung übertragen und zwar im Sinne von Planungs-, Steuerungs- und Koordinationsfunktionen. Diese implizieren Netzwerkarbeit, d.h. ressort- und trägerübergreifende Zusammenarbeit insbesondere auch mit dem Kinder- und Jugendhilfebereich. Zur Zeit ist es aber noch eher so, dass nach wie vor Gesundheitsschutz und individuelle Gesundheitshilfe Vorrang haben, Gesundheitsförderung und Prävention vom öffentlichen Gesundheitsdienst hingegen eher wenig vertreten werden (Papies-Winkler 2003).

Die Kinder- und Jugendhilfe nimmt die Gesundheitshilfe ihrerseits nur eingeschränkt als Partner wahr. Unabhängige Organisationseinheiten haben die Tendenz zur Abschottung und Ausprägung einer eigenen Terminologie und Handlungslogik, die sich als Barrieren für Zusammenarbeit erweisen können.

Daher erscheint es umso wichtiger, gemeinsame Bezugspunkte zu finden, die die Verständigung und Kooperation erleichtern. Der „Sozialraumbezug“ ist die gemeinsame Schnittstelle von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheitsbereich und Bildungsbereich. Sie sollte für die Kooperationsbeziehungen im Feld von Prävention und Gesundheitsförderung in Zukunft stärker genutzt werden. Integrierte Sozial-, Jugendhilfe- und Gesundheitsplanungen, die es bisher praktisch nicht gibt, könnten zu erheblichen Synergien führen (Horcher 2003). Sozialräumliche Kooperation muss sich nicht unbedingt auf der Ebene des Gesunde-Städte-Netzwerkes bewegen, obwohl hier gute Beispiele für gelingende Kooperationen unter dem Dach des Sozialraumbezuges gegeben sind. Sie kann in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern auch umgrenztere Ziel- und Kooperationsbereiche betreffen. Wichtig ist vor allem, dass sich kontinuierliche Kooperationsnetze entwickeln.

### **3.3 Gesundheitsförderung in der Aus- und Weiterbildung in Sozialer Arbeit und Sozialpädagogik (Auf- und Ausbaubedarf)**

Wenn man den oben skizzierten weiten Gesundheitsbegriff ernst nimmt, dann betrifft er die Kinder- und Jugendhilfe – wie auch die Soziale Arbeit – in grundlegender Weise, dann bedarf es auch erheblicher Anstrengungen, gesundheitsbezogenes Wissen und Umsetzungsformen der Gesundheitsförderung in die Praxis der Kinder- und Jugendhilfe einzuspeisen. Es ist daher auch eine Frage qualifizierter Ausbildung des Personals der Kinder- und Jugendhilfe, in welchem Ausmaß und mit welchem Anspruch in Zukunft gesundheitsbezogene Fragen und Gesundheitsförderung in den verschiedenen Arbeitsfeldern präsent sein werden.

In den letzten Jahren wird vermehrt die Anhebung der Erzieherausbildung auf Fachhochschulniveau gefordert. Ausschlaggebend hierfür sind die gestiegenen Leistungserwartungen – etwa im Hinblick auf Frühe Bildung, Chancengleichheit sozial benachteiligter Kinder und Familien, insbesondere Migrantenfamilien, die Einbeziehung des Settings und die Kooperation mit unterschiedlichen Akteuren. Insbesondere der frühkindliche Bereich ist auf die erhöhten Anforderungen bisher kaum ausreichend vorbereitet (siehe auch Schwaneheitmann in diesem Heft). Anders als im weit überwiegenden Teil des europäischen Auslandes, wo Erzieherinnen und Erzieher für die öffentliche Erziehung, Bildung und Betreuung an Hochschulen ausgebildet werden, ist die Ausbildungslage in Deutschland noch immer breit gefächert – von der Fachschule und Fachakademie über die Fachhochschule zur Universität – und mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus verbunden.

Dieser Sachverhalt ist vielfach kritisiert worden und sicherlich zu Recht. Ohne auf die Problematik der unterschiedlichen Qualifikati-

onsniveaus weiter eingehen zu können, soll im Folgenden an drei Beispielen die *Unterschiedlichkeit* ins Blickfeld gerückt werden, mit der die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung in der derzeitigen Ausbildungslandschaft als Lehrinhalt präsent oder geplant sind. Dabei kann es wie gesagt nur um Beispiele und nur um Ausbildungsschwerpunkte gehen, nicht um konkrete Inhalte einzelner Lehrveranstaltungen.

**- Beispiel 1: Fachschule für Sozialpädagogik in Düsseldorf**

Die Ausbildung vermittelt zum einen eine berufliche Weiterbildung zu staatlich anerkannten Erzieherinnen und Erziehern und ermöglicht zum anderen den Erwerb der Fachhochschulreife. Es gibt drei Lernbereiche, einen fachrichtungsübergreifenden, einen fachrichtungsbezogenen und einen Differenzierungsbereich.

Der *fachrichtungsübergreifende Bereich* vermittelt die Fächer Deutsch/Kommunikation, Fremdsprache, Politik/Gesellschaftslehre, Naturwissenschaften). Der *fachrichtungsbezogene Lernbereich* vermittelt Sozialpädagogische Theorie (Inhalte aus Erziehungswissenschaft, Didaktik Methodik der sozialpädagogischen Praxis, Recht/Organisation/Verwaltung), Bildungsbereiche in der Kinder- und Jugendarbeit. Hier werden neben musisch-kreativer Gestaltung/Spiel, Sprache/Medien, Natur/kulturelle Umwelten auch die Themen Gesundheit und Bewegung behandelt. Darüber hinaus werden die Ausbildungsbereiche Religionslehre/-pädagogik, Projektarbeit und Praxis in Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit vermittelt. Der *Differenzierungsbereich* umfasst einen PC-Einführungskurs und Betriebswirtschaftslehre.

Besonderer Wert wird darauf gelegt, neben den vom Ministerium für Schule und Weiterbildung vorgeschriebenen Unterrichtsinhalten Störungsbilder von verhaltensauffälligen Kin-

dern und Jugendlichen sowie heil-/ und sozialpädagogische Methoden zu vermitteln, damit sich die zukünftigen Erzieherinnen und Erzieher auf die schwierigen Beziehungen zu den verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen einlassen können (Fachschule für Sozialpädagogik Düsseldorf).

Gesundheit wird in diesem Ausbildungsgang – in enger Anlehnung an das KJHG – im Kontext von Jugendarbeit thematisiert. Gesundheitsförderung bildet keinen ausgewiesenen Schwerpunkt.

**- Beispiel 2: Universitäre Weiterbildung für Erzieherinnen und Erzieher und Grundschullehrerinnen und -lehrer mit Berufserfahrung in Bremen**

Bei diesem zweiten Beispiel handelt es sich nicht um einen bereits eingeführten Studiengang, sondern um die Entwicklung und Erprobung des weiterbildenden Studienganges „Frühkindliche Bildung“ im Rahmen eines Projektes an der Universität Bremen.

Ausgangspunkt dieses Projektes ist der deutlich erweiterte Bildungsanspruch im Vorschulbereich, der auch höher qualifiziertes Personal mit einer Ausbildung auf Hochschulniveau erforderlich macht. Ziel ist es, Erzieherinnen und Erziehern sowie Grundschullehrerinnen und -lehrern die Möglichkeit zu geben, in einer universitären Weiterbildung direkt an die beruflichen Erfahrungen anzuknüpfen. Durch die angebotenen Module ist eine individuelle, an den persönlichen und beruflichen Interessen orientierte Schwerpunktsetzung möglich.

Das berufsbegleitende Studium umfasst außer dem Grundlagenbereich zwei Schwerpunktbereiche A und B und einen Wahlpflichtbereich.

Themen des für alle Studierenden verbindlichen *Grundlagenbereichs* sind unter anderem: Frühkindliche Lernprozesse, Bindung und Beziehung, Kindliche Entwicklung, die Welt der Kinder und ihrer Familien, kulturelle Viel-

falt, Geschlechtsunterschiede, Grundzüge integrativer Pädagogik, Selbstmanagement.

Der *Schwerpunktbereich A* umfasst Module zu fachlichen Themen wie Sprache/Kommunikation, Musik, Bewegung, künstlerischer Ausdruck, Natur, Technik, Mathematik, Religionspädagogik. Der *Schwerpunktbereich B* umfasst Module zu Querschnittsthemen. Hier geht es um Familien in verschiedenen Kulturen, Kurzzeitpädagogik (Erlebnispädagogik, pädagogische Intervention). Der *Wahlpflichtbereich* dient der Ergänzung oder Vertiefung der Qualifikation und kann von allen Studierenden beider Schwerpunkte besucht werden. Er bietet Gesundheitsförderung als eines der Wahlpflichtthemen an neben: Spielen und Kreativität, Künstlerisches Gestalten, Literatur im Elementarbereich, Medien- und Computerkompetenz, Geschlechtsspezifische Sozialisation, Interkulturelles Lernen (DJI-Datenbank ProKiTa).

Im Vordergrund dieses universitären Studienganges stehen Aufgaben, die sich aus der breiten Debatte um Frühe Bildung ergeben. Gesundheit und Gesundheitsförderung werden zwar bewusst als Themen aufgegriffen, sie werden aber nicht im Grundlagenbereich, sondern im Wahlpflichtbereich verortet. Dadurch sind sie keine von allen Studierenden dieses Studienganges verbindlich wahrzunehmende Themen. Durch diese Verortung im Wahlpflichtbereich wird auch der Zusammenhang zwischen Entwicklung, Bildung und Gesundheit in dem Sinne, dass Gesundheit eine wesentliche Ressource für frühe Bildungs- und Entwicklungsprozesse darstellt und Bildung Voraussetzung für Gesundheit ist, nicht konsequent zum Ausdruck gebracht.

**- Beispiel 3: Ausbildung sozialpädagogischer Fachkräfte an der Fachhochschule Frankfurt a. Main**

Im dritten Beispiel geht es um einen zukünftigen BA-Studiengang Soziale Arbeit, der unter

anderem auch einen Schwerpunkt „Bildung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen in Familien und Institutionen“ haben wird. In einer Stellungnahme des Fachbereichs 4 (Soziale Arbeit und Gesundheit) der Fachhochschule Frankfurt a.M. aus dem Jahr 2005 werden Perspektiven für die Ausbildung von sozialpädagogischen Fachkräften im BA-Studiengang Soziale Arbeit vorgestellt. Es ist geplant, in diesem Studiengang Angebote zum Themenkreis frühkindliche Bildung, Gesundheit und Entwicklungsstörungen konsequent als Basiswissen für alle Berufsfelder in der Sozialen Arbeit zu verankern. Konkrete Angebote, die Bildung und Gesundheit von Kleinkindern in Erziehungspartnerschaft mit Eltern thematisieren, müssen als Basiswissen für Soziale Arbeit erst noch konsequent verankert werden. Es wird aber auf Kooperationsmöglichkeiten innerhalb der Fachhochschule zum Beispiel mit dem Studiengang Pflege oder mit den bestehenden MA-Studiengängen oder mit Weiterbildungsstudiengängen hingewiesen (Fachhochschule Frankfurt a.M. 2005).

Wie dieses dritte Beispiel zeigt, ist die Fachkräfte-Ausbildung im Bereich Soziale Arbeit, Kinder- und Jugendhilfe, in Einzelfällen auf dem Weg, im Zuge der gestiegenen Bedeutung des Themas „Bildung und Erziehung“ auch das Thema Gesundheit aufzugreifen. Welchen Stellenwert dabei die Gesundheitsförderung in Zukunft haben wird, bleibt abzuwarten.

Inzwischen gibt es eine sehr große Fülle von Aus- und Weiterbildungsangeboten in Deutschland, die Gesundheit, gesundheitsbezogene Prävention und Gesundheitsförderung in der einen oder anderen Weise als Thema der Aus- und Weiterbildung behandeln. Nicht die Angebotsfülle ist das Problem, sondern die geringe Konsensbildung, welche Lehr- und Ausbildungsinhalte zum Thema Gesundheit und Gesundheitsförderung als verbindlicher Standard gelten sollen. Eine diesbezügliche Vereinbarung wäre ein wesentlicher Schritt,

um das Thema Gesundheitsförderung längerfristig in der Praxis der Kinder- und Jugendhilfe wie auch in der Sozialen Arbeit zu verankern. Angesichts der sehr unterschiedlichen Studienstrukturen und Studienangebote in den öffentlich getragenen Universitäten, Fachschulen, Fachhochschulen und den Hochschuleinrichtungen in privater und konfessioneller Trägerschaft in den sechzehn Bundesländern bedarf es allerdings erheblicher Anstrengungen und einer deutlichen politischen Willensbildung, hier zu einheitlichen Regelungen zu gelangen.



#### **4 Ausblick**

Zwanzig Jahre nach der Verabschiedung der Ottawa-Charta scheint es dringend geboten, dass die Kinder- und Jugendhilfe wie auch die Soziale Arbeit ihr Verhältnis zu Gesundheit und Gesundheitsförderung klären. Dies scheint nicht nur aus Gründen der Profilierung und der Selbstwahrnehmung der eigenen Profession notwendig, sondern auch, um sich in Theorie

und Praxis erfolgreich zur Medizin und zu den in den letzten Jahren neu etablierten Gesundheitswissenschaften in Beziehung zu setzen.

Die Gesundheitswissenschaften befassen sich mit den körperlichen, psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit, der systematischen Erfassung der Verbreitung von gesundheitlichen Störungen in der Bevölkerung und den Konsequenzen, die sich hieraus für Organisation und Struktur des medizinischen und psychosozialen Versorgungssystems ergeben. Die Soziale Arbeit bietet professionelle Hilfe für Menschen an, die sich in komplexen Lebensverhältnissen befinden und unter meist erschwerten Bedingungen ihr Leben führen und Probleme bewältigen müssen. Sie handelt aus einer ganzheitlichen Sicht heraus, die die Lebensumstände und das soziale Umfeld einbezieht. Kinder- und Jugendhilfe und Soziale Arbeit, Medizin und Gesundheitswissenschaften müssen den Dialog über bestehende Bezugspunkte und Differenzen offensiver suchen, um effektiver an der gemeinsamen Aufgabe zu arbeiten, die gesundheitliche Chancengleichheit der Menschen zu vergrößern.

#### **Autorin**

- \* Dr. Brigitte Seifert, Wissenschaftliche Referentin am Deutschen Jugendinstitut e.V., Nockherstr. 2, 81541 München, seifert@dji.de. Schwerpunkte: Kinder- und Jugendhilfe; Suchtprävention/Gesundheitsförderung

#### **Literatur**

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (AWO BV; Hrsg.) (2000): Gute Kindheit – Schlechte Kindheit. Armut und Zukunftschancen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. AWO-Sozialbericht. Bonn

Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden (2006): Kinder und Gesundheit. Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesjugendbehörden. Verfügbar über:

- [www.vivafamilia.de/Downloads/JMK-Beschluss2005.pdf](http://www.vivafamilia.de/Downloads/JMK-Beschluss2005.pdf) (10.11.-2006)
- Badura, Bernhard (1997): Zehn Jahre Ottawa-Charta – Was bleibt vom enthusiastischen Aufbruch? In: Altgeld, Thomas; Laser, Ina; Walter, Ulla (Hrsg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Weinheim, München
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ; Hrsg.) (2002): Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMG+S; Hrsg.) (2003): Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des BMG+S. Kap. 9: Kinder- und Jugendhilfe – KJHG. Walter, Ulla (Bearb.). Forschungsbericht 303 Gesundheitsforschung. Bonn, S. 200-234
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMG+S; Hrsg.) (2003 a): Gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht. Bonn
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMG+S; Hrsg.) (2003 b): Wahrnehmung und Umsetzung rechtlicher Bestimmungen zur Prävention in Deutschland. Expertise aus sozialmedizinischer Sicht im Auftrag des BMG+S. Kap. 9: Kinder- und Jugendhilfe – KJHG. Walter, Ulla (Bearb.) Forschungsbericht 303, Gesundheitsforschung. Bonn, S. 200-234
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFFG; Hrsg.) (1990): Achter Jugendbericht. Bericht über die Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe. Bundestagsdrucksache 1/6576. Bonn
- DJI-Datenbank ProKiTa : Dokumentation zu: Entwicklung und Erprobung eines weiterbildenden Studienganges für ErzieherInnen und GrundschulpädagogInnen an der Universität Bremen. Verfügbar über: <http://db.dji.de/cgi-bin/db/dbreout.php?db=5&dbsuche>
- E&C-Fachforum: Vernetzung - Macht - Gesundheit: Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten. Dokumentation der Veranstaltung vom 30. Juni bis 1. Juli 2003 in Berlin, S. 34. Verfügbar über: [www.eundc.de/download/ff\\_gesundheit\\_2.pdf](http://www.eundc.de/download/ff_gesundheit_2.pdf)
- Fachhochschule Frankfurt a.M., Fachbereich 4: Soziale Arbeit und Gesundheit (2005): Stellungnahme zur Akademisierung der Ausbildung von ErzieherInnen bzw. zur Ausbildung von sozialpädagogischen Fachkräften an der Fachhochschule, ... Verfügbar über: [www.fb4.fh-frankfurt.de/aktuelles/erzieher\\_ausbildung.pdf](http://www.fb4.fh-frankfurt.de/aktuelles/erzieher_ausbildung.pdf) (22.03.2006)
- Fachschule für Sozialpädagogik Düsseldorf: Ausbildung zur Erzieherin/zum Erzieher – berufsbegleitend und in Vollzeitform. Verfügbar über: [www.lvr.de/FachDez/Gesundheit/Berufliche+Quslifikation/](http://www.lvr.de/FachDez/Gesundheit/Berufliche+Quslifikation/) ... (22.03.2006).
- Franzkowiak, Peter; Sabo, Peter (Hrsg.) (1993): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. Reihe Blickpunkt Gesundheit 1. Mainz.
- Gesundheitsministerkonferenz (2005): Beschluss der 78. Gesundheitsministerkonferenz am 30. Juni und 1. Juli 2005 in Erlangen (TOP 11.2.). Verfügbar über: [www.gmkonline.de](http://www.gmkonline.de) (16.11.2006).
- Glaeske, Gerd; Kolip, Petra (2004): Prävention und Gesundheitsförderung als vierte Säule des Gesundheitssystems. In: impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung, 42, S. 9-10 verfügbar über: [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de).
- Horcher, Georg (2003): Möglichkeiten und Synergien sozialräumlicher Organisation: Unter welchem Dach finden /treffen sich Jugendhilfe und Gesundheit? In: E&C-Fachforum: Vernetzung-Macht-Gesundheit: Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten. Dokumentation der Veranstaltung vom 30. Juni bis 1. Juli 2003 in Berlin, S. 34. Verfügbar über: [www.eundc.de/download/ff\\_gesundheit\\_2.pdf](http://www.eundc.de/download/ff_gesundheit_2.pdf)

- Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim, München
- Hurrelmann, Klaus (2004): Gesundheit – Krankheit – Lebenswelt. Psycho-, sozio- und ökosomatische Gesundheitsstörungen bei Kindern. In: Frühe Kindheit, 7, 6, S. 8-13.
- Internationale Arbeitsgemeinschaft für Jugendfragen (IAGJ) (2005): Neue Gesundheitsrisiken bei Kindern als Herausforderung für die Kinder- und Jugendhilfe. Das Beispiel Übergewicht. Abschlusserklärung der 14. Arbeitstagung der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Jugendfragen (IAGJ). In: FORUM Jugendhilfe 2, S. 6-13.
- Jugendministerkonferenz (2005): Kinder und Gesundheit. Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe – Mitverantwortung der Kinder- und Jugendhilfe (TOP 7). Jugendministerkonferenz am 12./13. Mai 2005 in München. Verfügbar über: [www.stmas.bayer.de/familie/jugendhilfe/jmkt07.pdf](http://www.stmas.bayer.de/familie/jugendhilfe/jmkt07.pdf).
- Jugendministerkonferenz (2006): Kinder und Gesundheit (TOP 9). Jugendministerkonferenz am 18./19. Mai 2006 in Hamburg. Verfügbar über: [www.agj.de/pdf/5-5/hh\\_jmk\\_top-9.pdf](http://www.agj.de/pdf/5-5/hh_jmk_top-9.pdf).
- Keupp, Heiner (2000): Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive. In: Sting, Stephan; Zurhorst, Günter (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim und München.
- Laaser, Ulrich; Hurrelmann, Klaus (1998): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Neuausgabe. Weinheim und München.
- Mielck, Andreas (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Neubauer, Gunter; Wilser, Anja (2004): Expertise Jugendhilfe und Gesundheitsförderung für den Landesjugendbericht Baden-Württemberg 2004 (Unveröff. Typoskript).
- Papies-Winkler, Ingrid (2003): Das Verhältnis Gesundheitsförderung und Jugendhilfe. Was tut wer mit welchem Auftrag und Ziel, welchem Verständnis und in welchen Kooperationsbündnissen? In: E&C-Fachforum: Vernetzung-Macht-Gesundheit: Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten. Dokumentation der Veranstaltung vom 30. Juni bis 1. Juli 2003 in Berlin, S. 32. Verfügbar über: [www.eundc.de/download/ff\\_gesundheit\\_2.pdf](http://www.eundc.de/download/ff_gesundheit_2.pdf).
- Plümer, Klaus D. (2003): Visionen der Zusammenarbeit – Gesundheitsförderung in benachteiligten Stadtteilen. In: E&C-Fachforum: Vernetzung-Macht-Gesundheit: Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen in sozialen Brennpunkten. Dokumentation der Veranstaltung vom 30. Juni bis 1. Juli 2003 in Berlin, S. 66-74. Verfügbar über: [www.eundc.de/download/ff\\_gesundheit\\_2.pdf](http://www.eundc.de/download/ff_gesundheit_2.pdf).
- Rosenbrock, Rolf (2004): Gesundheitsförderung und Prävention – Kategorien und Klassifikation. In: impulse. Newsletter zur Gesundheitsförderung, 42, S. 5-6 Verfügbar über: [www.gesundheit-nds.de](http://www.gesundheit-nds.de).
- Seifert, Brigitte (2002): Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen und Auswirkungen sozialer Benachteiligung. In: Sachverständigenkommission Elfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen. Materialien zum Elften Kinder- und Jugendbericht, Bd. 4, München, S. 87-173.
- Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg (Hrsg.) (2004): Landesjugendbericht Baden-Württemberg für die 13. Legislaturperiode. Stuttgart.

## Kita in Bewegung

### Empowerment für Kinder: Erlauben, Ermutigen, Befähigen

Dr. Barbara Schwaner-Heitmann

#### *Zusammenfassung*

Ausgangslage: Im Jahr 2003 erhoben Amtsärzte des Kinder- und Jugenddienstes Flensburg sowie der dänischen Kommune Nordborg erstmals gemeinsam Screeningdaten von dreijährigen Kindern vor Eintritt in den Kindergarten. Etwa ein Fünftel der Kinder waren übergewichtig (18/23 %), sogar schon adipös (11/17 %). Auffällig waren auch Bewegungshemmungen, die sich in mangelnder Koordinationsfähigkeit sowie in Kraft- und Ausdauer Schwächen zeigten (22/28 %). Die Bedeutung von Bewegung und sportlichen Aktivitäten für das gesunde Aufwachsen von Kindern ist von unterschiedlichen Wissenschaften belegt, daher liegt der Schwerpunkt des grenzüberschreitenden Projektes bei der Bewegungsförderung.

In Kooperation mit den Kinder- und Jugendamtsärzten sowie mit Kindergartenleitern wurde im Institut für Gesundheitspsychologie/ Gesundheitsbildung der Universität Flensburg ein Projekt zur Bewegungsförderung entwickelt. Die für einen Kindergarten relevanten Zielgruppen für bewegungsfördernde Maßnahmen sind Kinder, Eltern und Erzieherinnen. In einer ersten Projektphase (2003 - 2004) wurden Daten erhoben, um das Wissen, die Einstellung und die Handlungskompetenz in Bezug auf Bewegungsaktivitäten in diesen Gruppen zu ermitteln. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse sollten die Grundlage für gezielte Maßnahmen der Förderung (2005 - 2006) bilden. In einer dritten Projektphase (2006 - 2007) wird das Bewegungsförderungskonzept evaluiert. Der nachfolgende Bericht bezieht sich auf die ersten beiden Projektphasen in der Kommune Flensburg.

*Schlüsselwörter:* Gesundheitsförderung – Kooperation – Kindergarten – Empowerment

#### *Summary*

Initial position: Screenings in 2003 done by doctors of Public Health Services on 400 3-year-old kindergarten children from Flensburg (D) and Nordborg (DK) showed that 18/23 % were overweight, 11/17 % obese and 22/28 % showed shortcomings in coordination and strength. Similar data increase from year to year.

A copious amount of research reveals the positive implications that physical activities have for health, learning and development.

A team from the Department of Health Psychology at Flensburg University in cooperation with Public Health Services developed a specific project for three target groups to promote health, habits and learning through physical activities. The target groups are children, kindergarten teachers and parents.

At the first stage of the project data were collected for analysing knowledge, habits and competences towards movement and sports activities in all target groups. The interpretation of the data collection led to the second phase of the project: Special programs and initiatives to promote different kinds of activities for the benefit of health at early age. Last phase of the project means to evaluate the efforts towards health promotion and movement activities.

*Keywords.* Health promotion – co-operation – kindergarten – empowerment

## 1 Einleitung

In der aktuellen deutschen Tagespresse gibt es beinahe täglich Berichte über Studien zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit

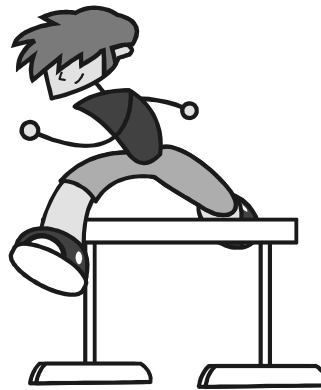
der Tendenz ansteigender Morbidität. Es gibt beispielsweise immer mehr dicke Kinder (über 30 %), motorisch gestörte und hyperaktive Kinder findet man in jeder Klasse, die Anzahl

psychisch gestörter Jugendlicher steigt auf über 20 % usw. Die Berichte werden durch die Forschungsergebnisse zur Kinder- und Jugendgesundheit (Hurrelmann 2003) bestätigt. Als Folge alarmierender Prognosen werden Ansatzpunkte gesucht, die dazu geeignet sind, einen möglichst großen Teil der Bevölkerung zu erreichen, um deren Wissen, Einstellung und Handlungskompetenzen in Bezug auf eine gesunde Lebensweise zu stärken.

Einer der wirksamsten Einflussbereiche, um einen mittel- und langfristigen Wandel der Gewohnheiten und Handlungsorientierungen zu erreichen, liegt im Bildungswesen. Nach der Veröffentlichung der Ottawa-Charta (1986) wurden zahlreiche Maßnahmen und Projekte zur schulischen Gesundheitsförderung gestartet, in der Praxis erprobt und evaluiert (Barkholz und Paulus 1998). Leider wurden zahlreiche Empfehlungen aus den Evaluationsergebnissen wegen der Zuständigkeit der Bundesländer für das Bildungswesen überwiegend aus finanziellen Gründen nicht umgesetzt. Bestehende Strukturen wie das von Schleswig-Holstein ausgehende bundesweit geknüpfte Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (Opus) wurden im Jahr 2000 wieder aufgelöst. Gegenwärtig wird angesichts der steigenden Prävalenz von Übergewicht, Bewegungsmangel und psychischen Belastungen „das Rad wieder einmal neu erfunden“ (sowohl in Schleswig-Holstein als auch in anderen Bundesländern). Ein wesentlicher Unterschied in den neuerlichen Bemühungen um Gesundheitsförderung liegt darin, dass – wie in dem vorliegenden Fall – Kooperationen zwischen den Bildungseinrichtung Kindertagesstätten und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) mit deren Kinder- und Jugendärzten entstehen.

Neu ist auch, dass Initiativen nicht erst in Schulen ansetzen, sondern in den vorschulischen Bildungseinrichtungen, den Kindergärten<sup>13</sup>.

Neu ist ebenfalls, dass schon im Kindergarten übergewichtige Kinder anzutreffen sind. Auch die Anzahl derjenigen Kinder ist alarmierend, die bei Schuleintritt bereits auffällige Schwächen in Koordination, Kraft und Ausdauer aufweisen.



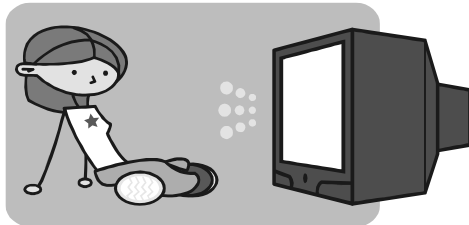
Dass es sinnvoll ist, mit Interventionen in Bezug auf den Erwerb von Wissen über die Welt und die Zusammenhänge schon im Kindergarten zu beginnen, bestätigen z. B. Neurobiologen, die die Plastizität und Lernfähigkeit des frühkindlichen Gehirns besonders hoch einschätzen (Spitzer 2002).

Auf der Suche nach den Ursachen für das Phänomen Übergewicht bei Kindern lag der Schwerpunkt der Forschung in den letzten Jahren eher bei den Essgewohnheiten, der Verzehrhäufigkeit und den Portionsmengen der wichtigsten Lebensmittelgruppen (noch laufende Projekte sind z.B. „Durch dick und dünn“ in Kiel; die „Donalds Studie“ in Dortmund; die „Food frequency Study“ des Robert Koch Instituts Berlin) Die Bewertung der Studien von Koletzko (Klinikum der Universität München) zeigt u. a., „dass die Entwicklung von Übergewicht in kindlichen Populationen durch ein komplexes Zusammenspielen vieler

<sup>13</sup> Der Begriff Kindergarten ist international als Bezeichnung einer vorschulischen Bildungseinrichtung gebräuchlich. In Schleswig-Holstein wird einheitlich der Terminus Kindertagesstätte (abgekürzt KITA) genutzt. Im Rahmen der nachfolgenden Darstellung werden die Begriffe synonym verwendet.



Faktoren und nicht allein durch die Verzehr-  
frequenz einzelner Lebensmittel bedingt ist“  
(Koletzko 2004, S. 232). Auch Kolip erkennt  
eine deutliche Korrelation zwischen Ernäh-  
rungsverhalten, Bewegungsmangel und Fern-  
sehkonzum (Kolip 2004, S. 238).



Da bis zum Jahr 2003 keine repräsentativen  
Daten zur körperlichen Leistungsfähigkeit  
vorlagen, hat das Robert Koch Institut in Ber-  
lin im Rahmen der so genannten KIGGS –  
Studie ein Motorik Modul für Kinder zwischen  
4 und 17 Jahren entwickelt. Ziel ist es, die  
Zusammenhänge zwischen Aktivität, Lei-  
stungsfähigkeit und Gesundheit zu ermitteln.

Die bereits veröffentlichten Forschungsergeb-  
nisse der KIGGS - Studie sind teilweise mit  
den Ergebnissen der eigenen Erhebungen ver-  
gleichbar.

Die KIGGS – Studie kommt für Kinder im  
Alter von 3 – 10 Jahren zu folgenden Präva-  
lenzdaten für körperlich-sportliche Aktivitäten  
([www.kiggs.de](http://www.kiggs.de) 2006):

- Nur 22 % der Kinder treiben täglich Sport
- Kinder und Jugendliche sind durchschnittlich  
50 min. täglich aktiv

- 58% der Kinder und Jugendlichen sind Mit-  
glieder in einem Verein
- Dreiviertel der Kinder im Alter von 3 – 10  
Jahren spielen täglich im Freien.

## 2 Steine des Anstoßes in Flensburg

Bei jährlich erhobenen Screeningdaten zum  
Schuleintritt stieg in Flensburg die Anzahl der  
Kinder mit Bewegungshemmungen und Koor-  
dinationsproblemen, auch mit Übergewicht  
und Adipositas, von Jahr zu Jahr weiter an.

Ähnliche Erfahrungen machten auch die Ge-  
sundheitsbeauftragten der dänischen Kom-  
mune Nordborg. Diese ist Mitglied im „Däni-  
schen Gesunde-Städte-Netzwerk“, und erklärte  
sich bereit, ein grenzüberschreitendes gesun-  
deheitsförderndes Projekt zu initiieren.

In einer gemeinsamen Tagung der Ärzte des  
ÖGD sowie Vertretern des Fachbereiches Ju-  
gend, Soziales und Gesundheit der Stadt  
Flensburg mit dem Gesundheitsbeauftragten  
der Gemeinde Nordborg, deren Amtsärztin  
sowie politischen Vertretern aus beiden Kom-  
munen und der Universität Flensburg wurde  
2003 eine Projektidee entworfen: Alle dreijäh-  
rigen Kinder (ca. 200) aus der Gemeinde Nord-  
borg und eine vergleichbar große Anzahl deut-  
scher Kinder aus Flensburger Kindertagesstät-  
ten sollten getestet werden.

Das Screening, das von den Amtsärzten in  
beiden Ämtern mit dem gleichen Testmaterial  
durchgeführt wurde (modifizierter Denver  
Test), zeigte folgendes Ergebnis:

	Flensburg n = 201 Kinder	Nordborg n = 197 Kinder
Übergewicht	18 %	23 %
Adipositas	11 %	17 %
Mangel an Kraft, Koordinati- on und Ausdauer	22 %	28 %

Die Ergebnisse der Screening-Daten durch die Kinder- und Jugendärzte in Flensburg und Nordborg wurden als auffällig ungünstig in Bezug auf die kindliche Entwicklung und Gesundheit bewertet. Auf Grund unterschiedlicher kultureller, finanzieller, personeller und bildungspolitischer Vorstellungen vereinbarten die Gemeinden, jeweils ein für sie passendes Projekt zur Bewegungsförderung zu entwickeln. Am Ende der Projektzeit (2007) werden die Daten der Kinder, die dann in die Schule kommen, noch einmal miteinander verglichen.

### **3 Warum Bewegungsförderung? – Begründungszusammenhänge**

Bewegung gilt in Anlehnung an die Bedürfnispyramide von Maslow (1981) zu den Grundbedürfnissen des Lebens. Körperliche Grundbedürfnisse bilden die Voraussetzungen für Erfahrungen, Gewohnheiten, Routinehandlungen, Einstellungen und das Wissen um gesundheitsfördernde Wirkungen. Es wird angenommen, dass aus positiv erlebten Gewohnheiten überdauernde und nachhaltig wirkende positive Einstellungen oder Routinen entstehen. Im zwanzigsten Jahrhundert haben sich Autoren unterschiedlicher Wissenschaften mit dem Phänomen und der Bedeutung der Bewegung für die menschliche Entwicklung befasst (v. Weizsäcker 1940; Piaget 1947; Buytendijk 1956; Merleau-Ponty 1965; Feldenkrais 1969; Ayres 1984). Allen gemeinsam ist die Einsicht, dass Bewegung das Medium der Umweltaaneignung darstellt und damit unerlässlich für die menschliche Entwicklung ist. Schon der Beginn des Lebens ist durch das Sich-Bewegen im Dialog mit dem Mutterleib gekennzeichnet. Jede Bewegungshandlung führt gleichermaßen zu körperlichen Fähigkeiten und zur Integration und Ausdifferenzierung von Empfindungen, Gefühlen und Erlebnissen (Ayres 1984). Das Kind macht beglückende Erfahrungen, „schon“ laufen, schwimmen, Radfahren usw. zu kön-

nen. Durch den dialogischen Austausch mit der Welt erwirbt es lebenspraktische Fertigkeiten, Kompetenzen, Einsichten und Urteilsfähigkeit auf dem Weg zu seiner unverwechselbaren Identität. Grupe (1992) beschreibt das Können, das durch ganzheitliche Umweltaaneignung in einer vielseitigen Bewegungsumwelt stets weiter fortschreitet, als Grundlage von Welterfahrung, Welterschließung sowie von Einsicht und Urteil über die komplexen Phänomene der Welt.

„Die Motorik ist die ursprüngliche Intentionalität, denn das Bewusstsein ist ursprünglich nicht `ich denke`, sondern `ich kann` (Merleau-Ponty 1965, S. 164). Menschliche Krisen, und als solche sind die Folgen von Bewegungsmangel zu verstehen, bezeichnet Merleau-Ponty als Verlust von „Spannkraft“, die es wieder herzustellen gilt. Die Spannkraft sei die Form der Lebensäußerung, die sich als Gesundheit darstellt. Zusammenfassend verstehe ich die Bedeutung der Bewegung als Befriedigung der körperlichen Grundbedürfnisse und darüber hinaus als Möglichkeit zum Erwerb von lebenspraktischen Fertigkeiten, Kompetenzen, Einstellungen, Wissen und Gesundsein.



### **4 Kita in Bewegung – ein Projekt entsteht**

In Zusammenarbeit mit dem Institut für Psychologie, Abteilung Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung der Universität in Flensburg wurde ein Projekt zur Bewegungsförderung erarbeitet.

Die für ein Projekt notwendige Zielformulierung erscheint zunächst utopisch:

*Bewegungskompetente, normalgewichtige, lerneifrige und gesunde Kinder zum Zeitpunkt der Einschulung.*

Für den Weg zu diesem utopischen Ziel mussten daher intermediäre Parameter gewählt werden, die aus unserer Sicht Schritt für Schritt Erfolg versprechen, nämlich Wissen, Einstellung und Handlungskompetenz in Bezug auf Bewegung. Da ein Kindergartenkind sich im systemischen Zusammenhang mit der Familie und den Erzieherinnen befindet, werden Wissen, Einstellung und Gewohnheiten der drei Zielgruppen Kinder, Eltern und Erzieherinnen ermittelt.

Was ist schon vorhanden? Was muss vermittelt werden? Wie und wo sind Interventionen zur Bewegungsförderung sinnvoll?

Es wird beobachtet, erfragt und ermittelt, welche motorischen Kompetenzen ein Kind aufweist, welche Spielgewohnheiten es hat und was es über den eigenen Körper und seine Funktionen weiß.

Die Eltern werden dazu befragt, ob und wie sie sich selbstbewegen, ob sie mit ihrem Kind gemeinsam spielen oder Sport treiben und wie sie ihr Kind zu Bewegung, Spiel und Sport anregen. Darüber hinaus wird erfragt, ob und in welchem Maße den Eltern die Bedeutung der Aktivitätsförderung für die Entwicklung, das Lernen und die Gesundheit ihrer Kinder zu beschreiben wissen.

Für die Erzieherinnen gelten die gleichen intermediären Faktoren. Verfügen sie über Wissen in Bezug auf die Bedeutung der Bewegungsförderung für die kindliche Entwicklung, für die neuronale Vernetzung (Intelligenzentwicklung) sowie für die Organesundheit? Können sie den Bildungsauftrag der Kindertagesstätten angemessen umzusetzen? Welche Bewegungsgewohnheiten haben sie selbst, aus

denen sich ihre Einstellung zu Aktivität und Sport ablesen lässt?

Das Projekt „Kita in Bewegung“ ist in drei Phasen unterteilt:

**Phase 1 (2004 – 2005):**

Ermittlung der Ausgangslage bei den Zielgruppen Kinder, Eltern und Erzieherinnen. Die Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf deren Wissen, Einstellung und Handlungskompetenz bilden die Grundlage für die Konzeption von Förderungsmaßnahmen.

**Phase 2 (2005 – 2006):**

Ausgewählte Maßnahmen zur Bewegungsförderung mit den Zielgruppen in den Kindertagesstätten.

**Phase 3 (2006 – 2007):**

Evaluation der initiierten Maßnahmen. Hierzu findet ein Abschlusscreening durch die Kinder- und Jugendärzte der Kommunen in Flensburg und Nordborg statt und die Daten und Ergebnisse aus Deutschland und aus Dänemark werden miteinander verglichen.

## **5 Methodologie und Methode: Eine ethnografische Fallstudie**

Die komplexen Beziehungen zwischen den Menschen und ihrer Lebenswelt, zwischen dem Setting Kindergarten und deren gesellschaftlichen Umfeld werden anhand einer ethnografischen Fallstudie dargestellt und reflektiert. Zu den erkenntnistheoretischen Rahmenbedingungen dieser Forschungsmethode gehören zentrale Begriffe wie Lebenswelt, Alltag und Wirklichkeit, zu der auch die Lebensbedingungen der Menschen gehören.

Aus forschungshistorischer Sicht gewinnen qualitative Forschungsvorhaben ihre Konturen durch Gegenvorschläge zur Vorherrschaft der rein quantitativen Erklärung der Welt und ihrer Phänomene. Diese als Kritik verstandenen

Vorschläge wurden von dem Phänomenologen E. Husserl (1936) in seinen „Logischen Untersuchungen“ entworfen. Mit der von ihm geforderten Maxime an die Wissenschaftler, „zu den Sachen selbst“ zurückzugehen und bei der „natürlichen Einstellung“ des Menschen die Forschungen anzusetzen, wird die wesentliche methodische Aufgabe der Phänomenologie deutlich, die bis heute besonders von Sozialwissenschaftlern und Pädagogen aufgegriffen wird.

Die Lebenswelt als Welt der natürlichen Einstellung wurde durch Husserls Philosophie zur Grundlage der subjektorientierten wissenschaftlichen Theoriebildung.

Lebenswelt und Wirklichkeit bilden den Rahmen, innerhalb derer der Mensch sich bewegt, in dem er handelt und in dem er Anforderungen und Risiken zu bewältigen hat.

Der in die USA emigrierte deutsche Soziologe Alfred Schütz und sein Kollege Thomas Luckmann (1991) führen die phänomenologische Denktradition in Europa fort. In ihrem zweibändigen Werk „Strukturen der Lebenswelt“ weisen sie darauf hin, dass das Leben der Menschen durch Regelmäßigkeit und Routinen gekennzeichnet ist. Nach Schütz werden die Grundstrukturen der gemeinsam gelebten Lebenswelt gemeinsam konstituiert. „Die alltägliche Wirklichkeit der Lebenswelt schließt nicht nur die von mir erfahrene Natur, sondern auch die Sozial- und Kulturwelt, in der ich mich befinde, ein“ (Schütz/Luckmann 1991, 27).

Der amerikanische Soziologe Garfinkel (1973) bezeichnet diejenigen Forschungen, die vom Bestand an alltäglichem Wissen einer Gruppe oder einer Kultur ausgeht und auf dessen Grundlage die gesellschaftliche Wirklichkeit erfahren wird, als Ethnomethodologie. Das Alltagswissen, das sich bei einem Mitglied einer Gruppe im Laufe seines Lebens bildet, kann nach Auffassung der Ethnomethodologie

nur aufgespürt werden, wenn der Forscher einen Standpunkt innerhalb einer Kultur (Institution, gesellschaftlichen Gruppe usw.) einnimmt, die er erforschen will.

Durch eine Konferenz von Ethnologen und Erziehungswissenschaftlern (1955) in den USA wurden die ethnografischen Studien als Grundlagen für politische Entscheidungen von Schulträgern, für Konzepte von Schulentwicklung und als Entscheidungshilfe bei der Einführung von Curricula genutzt. Die Methode gibt vor, zunächst genau zu beobachten, dann zu beschreiben und zuletzt zu interpretieren. Wie in der phänomenologisch orientierten Forschung vorgesehen, zeigen qualitative Studien die Strukturen kultureller Lebensbedingungen auf, die auf Personen und Institutionen einwirken. Gleichermaßen wirken die Personen und Institutionen zurück und verändern deren Bedingungen.

Um menschliches Handeln in der alltäglichen Wirklichkeit verstehen zu können, eignen sich zur Forschung auch alltägliche Handlungen wie das Hinschauen und Miteinandersprechen (Atkinson 1992). Forscher erhalten so Informationen stets aus erster Hand. Möglichst umfangreiche und für die Forschungsintention relevante Informationen werden gesammelt, beschrieben, interpretiert, zu einem Fallbericht zusammengefasst und veröffentlicht (Lüders 2000).

Als Forschungseinheit in einem lebensweltlich orientierten ethnografischen Forschungsprozess gilt:

- Ø Eine Person
- Ø Eine Gruppe
- Ø Eine Institution oder Organisation
- Ø Ein besonderes Ereignis
- Ø Ein Projekt

In dem vorliegenden Forschungskonzept gelten als Forschungseinheiten

- die für das Projekt ausgewählten Kindergartenkinder als Gruppe
- deren Eltern als Gruppe
- die Erzieherinnen als Gruppe
- die Kindertagesstätten
- Zukunftswerkstätten als besondere Ereignisse

Die ethnografische Fallstudie eignet sich besonders für die Erforschung von Wissensbeständen, Handlungskompetenzen, Einstellungen und Gewohnheiten der Zielgruppen Kinder, Eltern und Erzieherinnen, weil sie als Weiterentwicklung des alltäglichen Gesprächs in der alltäglichen Wirklichkeit gelten kann. Durch mündliche oder schriftliche Einzelgespräche und Gruppenbefragungen werden dabei Erzählungen, Texte, Protokollnotizen, Beobachtungsprofile oder gemalte Bilder zusammengetragen, interpretiert und ausgewertet. Die wesentlichen Charakteristika ethnographischer Forschung, wie sie auch in dem vorliegenden Projekt realisiert werden, sind längere Teilnahme der Forscher am Entwicklungsprozess einer Gruppe (z.B. der Erzieherinnen) flexible Forschungsstrategien (z.B. bei der Beobachtung der Kinder) und die Erstellung von Beobachtungsprotokollen in Handlungsprozessen (z. B. in einer Zukunftswerkstatt<sup>14</sup>). In dem vorliegenden Fall haben die Forscherinnen Claudia Plinz-Wittorf (Erzieherinnen), Annette Hesse (Kinder) und Marei Raab (Eltern) die jeweils ausgewählten Gruppen über einen längeren Zeitraum begleitet und vielseitige Methoden zur Erhebung von Daten und Fakten im Rahmen ihrer Diplom- und Magisterarbeiten angewendet.

Um den Rahmen der Darstellung nicht zu sprengen, wird auf die Spezifizierung einzelner

Methoden verzichtet. Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte Ergebnisse vorgestellt, die für die Entwicklung des Projektes handlungsleitend waren.

## **6 Ergebnisse der Projektphase 1: Ausgangslagen**

### *Ausgangslage Kindergruppe*

Da dreijährige Kinder noch nicht über die sprachlichen und kognitiven Kompetenzen verfügen, ihr Wissen, ihre Gewohnheiten und ihre Fähigkeiten zu beschreiben, wurde das nachfolgende Erhebungsmaterial 2004 (zu dem Zeitpunkt waren die meisten Kinder vier Jahre alt) zusammengetragen (201 vierjährige Kinder aus 11 Kindertagesstätten).

### **Wissen**

In Kleingruppengesprächen wurde nach Herz, Lunge, Atmung und Muskeln gefragt. Über die Hälfte weiß, wo das Herz schlägt. Nur 11 Kinder wissen, wo die Lunge liegt und welche Aufgabe diese hat. Ein Drittel weiß, dass Muskeln in den Armen sind, in den Beinen vermuten weniger als 20 % Muskeln. Einige Kinder meinten, Muskeln seien auch im Kopf. Ein Drittel meint, dass man Muskeln zum Fernsehen benötige. Daran ist u.E. zu erkennen, dass die Kinder noch keinen Zusammenhang zwischen Bewegungsaktivitäten und Muskelaufbau bzw. Trainingswirkungen sehen.

Auf Grund der kognitiven Fähigkeiten von vierjährigen Kindern sollten aus unserer Sicht Körperwahrnehmungen und das Erkennen von Körperfunktionen wie Herzschlag, Atmung und Muskulatur durch Bewegungsaktivitäten angeregt werden. Das Wissen um die Zusammenhänge körperlicher Vorgänge entsteht durch Wiederholungen des Gelernten, Erlebten und Erfahrenen im Elternhaus und in den Kindertagesstätten.

---

<sup>14</sup> Zukunftswerkstätten (Jungk/Müllert 1989) sind Beteiligungsmodelle zur Veränderung der eigenen Organisation durch visionäre Planungen.

### Gewohnheiten

Etwa 40 % der Kinder gehen regelmäßig zum Turnen, weitere 25 % zum Schwimmen. Etwa 60 % der Kinder spielen lieber im Freien als im Haus, bei 40 % ist es jedoch umgekehrt. Dreiviertel der Kinder im Alter zwischen 3 und 10 spielen täglich draußen. Solche Gewohnheiten sind zu fördern, da aus ihnen gesundheitsförderliche Routinen und Einstellungen entstehen können.

Die Ergebnisse decken sich mit denen der KIGGS-Studie, nach deren Angaben 58 % der drei- bis zehnjährigen Kinder in einem Sportverein aktiv sind und etwa Dreiviertel täglich im Freien spielen.

Da die Natur zu vielfältigerem Ausprobieren, Gestalten und Lernen Anlass gibt, sollte allen Kindern das Spielen im Freien so oft es geht ermöglicht werden. Vermehrte Sauerstoffaufnahme, der klimatischen Reize auf Atmung und Haut und das Tageslicht wirken anregend und gesundheitsfördernd.

### Handlungskompetenzen

Im Gegensatz zum Screening-Test wurden für die Bewertung der Handlungskompetenz Gerätearrangements in einem Raum bereitgestellt. Diese hatten einen starken Aufforderungscharakter für die Kinder zu springen, balancieren, unterkriechen und auszuprobieren.

Die Bewegungshandlungen wurden durch Beobachtungen, Protokollieren und Analysieren des Bewegungsverhaltens einzelner Kleingruppen ermittelt.

Der größte Teil der Kinder (über 80 %) springen, laufen und hüpfen altersgemäß angemessen über das Bewegungsarrangement. Probleme bereiten jedoch mehr als einem Drittel das Balancieren und das Auffangen sowie das Zurückschießen von Bällen.



Da die Auge-Hand-Koordination eine wichtige Voraussetzung für feinmotorische Aufgaben ist, sollten unterschiedliche Anlässe zu deren Schulung ermöglicht werden. Besonders förderungswürdig erscheint uns daher der Umgang mit sich bewegenden Gegenständen wie Bällen, Luftballons, Tüchern, Reifen, Seilen und Tauen.

### Ausgangslagen Eltern (n = 143)

#### Wissen

Die meisten Eltern (ca. 80 %) wissen, dass Bewegungsförderung sowohl für die Gesundheit als auch für die Entwicklung und die Intelligenzbildung wichtig ist. Sie wissen auch zu etwa 75 %, dass es ein Risiko darstellt, wenn ein Kind mit 4 Jahren übergewichtig oder adipös ist, dieses ein Leben lang zu bleiben. Hier sind jedoch die 20 % derer entscheidend, die keine Angaben zu den Fragen nach der Bedeutung der Bewegung machen konnten bzw. diejenigen 25 % die annehmen, dass sich das Dicksein mit dem Schuleintritt „verwächst“. Ein Teil der Eltern benötigt auch Informationen zu ausgewählten Fragen der Kindergesundheit.

#### Gewohnheiten und Einstellung

Ca. 80% der Väter und 60 % der Mütter denken, dass sich ihr Kind genauso viel bewegt wie andere Kinder, haben also kein Problembewusstsein.

Dass sich das Kind in der Kindertagesstätte jedoch ausreichend bewegt, davon ist nur ein Drittel der Mütter und ein Fünftel der Väter überzeugt.

70 % der Väter und über die Hälfte der Mütter geben an, in der letzten Woche mit Kindern „ein Paar mal“ zu Bewegungsspielen ins Freie gegangen zu sein.

Sportlicher als andere schätzen sich ein Drittel der Mütter und ein Fünftel der Väter ein. Selbst Sport treiben etwa 60 % der Frauen und 70 % der Männer. Aus diesen Ergebnissen kann geschlossen werden, dass etwa 75 % der Eltern eine positive Einstellung zu Bewegung und Sport haben. Nur ein Drittel Mütter und Väter geben allerdings an, Wege wenn möglich zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurückzulegen. Das betrifft auch die Hol- und Bringsituation des Kindes zur Kindertagesstätte. Damit wird für das Kind eine Gelegenheit vertan, Gewohnheiten des Gehens oder Fahrradfahrens zu entwickeln.

### **Handlungskompetenzen<sup>15</sup>**

Weniger als ein Drittel der Eltern sind dazu in der Lage, ihre Kinder zu Bewegungshandlungen im Haus zu motivieren. Ca. 30 % der Väter und 20 % Mütter geben an, ihre Kinder bei Bewegungsspielen im Haus (z.B. Höhlenbauen) zu unterstützen bzw. das zu erlauben. 36 % der Väter und 24 % der Mütter geben an, dass ihre Kinder 2 – 3 Stunden fernsehen und sie nichts unternehmen, um die Kinder zu anderen Spielformen zu motivieren oder zu befähigen. Etwa ein Drittel der Eltern brauchen also Anregungen und Spielideen für Bewegungsaktivitäten innerhalb und außerhalb des Hauses.

### **Ausgangslagen Erzieherinnen (n = 23)**

#### **Wissen**

Bei fast allen Erzieherinnen war Bewegungsförderung Teil der Ausbildung. Alle geben an, die Bedeutung der Bewegung für die körperliche und geistige Entwicklung des Kindes und für dessen Gesundheit zu kennen. Allerdings gibt es keine Verpflichtung, Weiterbildungsmaßnahmen zu besuchen, um das Wissen und die Handlungskompetenzen zu erhalten oder zu aktualisieren.

#### **Gewohnheiten und Einstellungen**

Mehr als die Hälfte (65 %) der Erzieherinnen schätzt sich selbst als übergewichtig ein. Nur ca. 20 % der Erzieherinnen treiben selbst Sport und gehen regelmäßig in einen Verein. 11 % der Erzieherinnen gehen zu Fuß oder fahren mit dem Rad, wenn es möglich ist. Vielleicht gelingt es, das Interesse und die Motivation der Erzieherinnen für das eigene Sporttreiben und zu Bewegung und Sport in der Kindertagesstätte durch Weiterbildungsmaßnahmen zu wecken?

#### **Handlungskompetenz**

Die meisten Erzieherinnen (ca. 80 %) geben an, Kinder zu Bewegungshandlungen innerhalb und außerhalb des Hauses motivieren zu können. Alle Befragten gaben an, dass sie großes Interesse an Weiterbildung und Anregungen für die tägliche Praxis haben. In zwei Zukunftswerkstätten haben die Erzieherinnen eindrucksvolle Vorschläge zur Wandlung ihrer Außengelände in eine Bewegungslandschaft eingebracht und überwiegend auch selbst umgesetzt.

---

<sup>15</sup> Diese beziehen sich auf den elterlichen Bildungsauftrag

## 7 Projektphase 2: Laufende Praxisbeispiele aus den Jahren 2004 – 2006

### „Kita`s sind in Bewegung“

Die wichtigste übergreifende Erkenntnis aus den Forschungsergebnissen ist die Notwendigkeit der Bündelung von Kräften und der Vernetzung von Ideen und Maßnahmen.

Die Erzieherinnen sollen das, was sie in Weiterbildungsmaßnahmen erworben haben, an die Kinder, aber auch an die Eltern weitergeben. Das kann alltäglich in der Hol- und Bringsituation geschehen, aber auch bei Anlässen, in der Bewegung, Spiel und Sport im Mittelpunkt stehen (Spielnachmittage, Sportfeste). Bei der Verwandlung des Außengeländes in eine Bewegungslandschaft können Erzieherinnen, Eltern und Kinder gemeinsam gestalten und arbeiten. Eltern sollten Anregungen zum Spielen und Bewegen auch in die KITA hineinbringen können. Eltern sind Experten für ihr Kind. Beide Zielgruppen, sowohl Eltern als auch die Erzieherinnen sollten das Kind genau beobachten, um deren Bewegungsbedürfnisse zu erkennen, aber auch um Ideen der Kinder aufzugreifen und zu unterstützen. Oft genügt es schon, wenn Kinder etwas Ungewöhnliches tun dürfen, wenn Springen, Laufen, Toben, Nasswerden und Wagnisse ermöglicht werden. Welche richtungsweisenden Maßnahmen bisher initiiert wurden, die gegenwärtig in der Erprobungsphase sind, wird nachfolgend aufgezeigt.

### *Gemeinsame Spielnachmittage*

In jeder Jahreszeit wird ein gemeinsamer Spielnachmittag für Eltern mit Kindern in der Kindertagesstätte (möglichst draußen) angeboten. Dabei bringen sowohl Erzieherinnen als auch Eltern ihre Spielideen ein.

### *Gemeinsame Zukunftswerkstätten*

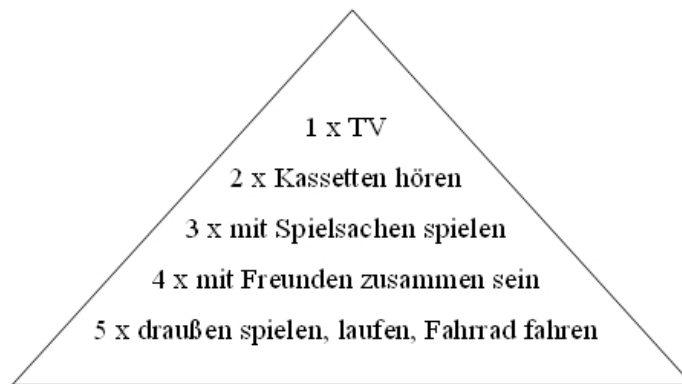
Die Erzieherinnen der Projektkindergärten treffen sich jährlich zu einer Zukunftswerkstatt um eine permanente Weiterentwicklung ihrer Institutionen zu ermöglichen. Gegenseitige Besuche in den Kindertagesstätten bringen Anerkennung und erweitern den Ideenkatalog. Die Evaluation der Zukunftswerkstätten ergab deutliche Veränderungen bei den Außenanlagen. Aus schlichten Pausenhöfen wurden anregende Bewegungslandschaften.



### *Gemeinsam eine Bewegungspyramide erstellen*

Erzieherinnen und Kinder oder Eltern und Kinder falten und bemalen eine Bewegungs- pyramide aus 5 Ebenen, (analog zur Ernährungs- pyramide), aus der ersichtlich wird, dass es besonders gut ist, lange draußen zu spielen und ganz wenig fern zu sehen.





Eine Bewegungspyramide nimmt jedes Kind mit nach Hause. In der KITA wird die Pyramide mehrfach im Jahr thematisiert (jahreszeitorientiert) und auf jeder Ebene mit neuen Spielideen gefüllt. Eine große Pyramide entsteht als Poster.

#### **Gemeinsames Sportfest**

Zum Abschluss der Projektphase wird ein Kinder- und Elternspieltag für alle deutschen und dänischen Kindergartenkinder im Flensburger Stadion geplant. Dieses Eltern- Kind-Fest gilt als Pilotprojekt und soll andere Kindergärten zum „Ziehen am gemeinsamen Seil“ anregen.

#### **Weitere Maßnahmen für die Zielgruppe Kinder:**

Empowerment für Kinder: Ermöglichen und Befähigen



Ein Kind hat von Natur aus einen starken Bewegungsdrang. Durch die Lebensbedingungen und die Gestaltung des Lebensstils geht dieser

natürliche Drang jedoch bei etlichen Kindern immer früher verloren. Nicht erst in der Schule sind sie gezwungen still zu sitzen, sondern oft schon zu Hause und im Kindergarten.

- Um den Kindern mehr Bewegungserfahrungen zu ermöglichen und sie zu eigenen Entscheidungen und zur Selbststeuerung zu ermutigen, wird ihnen von Erzieherinnen ermöglicht, draußen zu spielen, auch wenn drinnen für die Gruppe andere Aktivitäten geplant sind. Das Kind lernt dadurch, sich selbstständig zu entscheiden und bildet die Gewohnheiten aus, sich täglich an frischer Luft zu bewegen.
- Den Kindern, die drinnen spielen wollen, wird so oft es geht ermöglicht, die Räumlichkeiten der Kindertagesstätte wie auf einer Bewegungsbaustelle (Miedzinsky 1983)<sup>16</sup> zu verändern und zu kreativen Bewegungsspielen zu nutzen.
- Durch Kooperationen wird den Kindern ermöglicht, in Flensburger Sportvereinen besonders kostengünstige Angebote zum Kinderturnen zu nutzen.
- In Bezug auf die o. g. intermediären Faktoren benötigen die Kinder auch mehr Wissen über ihren Körper und eine Stärkung ihrer Einstellung durch Gewohnheitsbildung z. B. durch häufiges draußen spielen und wenig fernsehen (siehe Bewegungspyramide). Um

<sup>16</sup> Kinder bauen ihre Bewegungsanlässe selbst und nutzen dazu keine Sportgeräte, sondern Alltagsgegenstände wie Bänke, Stühle, Tücher usw.

die Handlungskompetenzen zu stärken und Bewegungshemmungen und Koordinationschwächen vorzubeugen, brauchen die Kinder viel Freiraum, aber auch gezielte Förderung (z.B. das Spielen mit sich bewegenden Gegenständen zusammen mit Erwachsenen (zur Auge-Hand-Koordination)).

### **Zielgruppe Eltern**

- Da die meisten Eltern zwar wissen, wie wichtig Bewegung für die kindliche Entwicklung ist, aber über wenig Handlungskompetenz verfügen, um Kinder zum Spielen anzuregen, sind sie eingeladen, an den Spiel- und Sportstunden der Kinder in der Kindertagesstätte zu jeder Zeit teilzuhaben.
- Um ihre Handlungskompetenz zu stärken, erhalten sie monatlich Materialien, die im Kindergarten auf eigens hergestellten, fahrbaren Ständern ausgelegt sind. Das sind z. B. Bilder mit kurzen Texten, die zu vielseitiger Bewegung innerhalb und außerhalb des Hauses anregen. Eine Broschüre für Eltern zeigt darüber hinaus ausgewählte Beispiele zur Lernförderung durch spezifische Bewegungen.
- An Elternabenden werden Bewegungsförderung und Kindergesundheit thematisiert, Eltern werden an der Sammlung von Ideen und deren Austausch beteiligt. In der Hol- und Bringsituation am Morgen oder am Nachmittag können Eltern Fragen stellen, die auch an die Kinder- und Jugendärzte weitergegeben und von dort aus beantwortet werden. Gewohnheitsbildung und Einstellungen der Eltern können durch gemeinsames Spiel – und Bewegungsaktionen in der KITA gestärkt werden. Die Kindertagesstätte könnte sich zu einem Stadtteil – Bildungszentrum für Vorschulpädagogik entwickeln.

### **Zielgruppe Erzieherinnen**

- Die Erzieherinnen wissen um die Bedeutung der Bewegung für die kindliche Entwick-

lung. Um ihre Handlungskompetenz zu stärken, erhalten sie Weiterbildungsangebote. Dazu gehören drei Weiterbildungstage mit psychomotorischer Bewegungsförderung, Singen und Tanzen sowie ein Tag zum Schwerpunkt Naturmotorik. Dort wird gezielt erlebt und erarbeitet, wie besonders die Natur die Kinder zu selbständigen und kreativen Spielformen anregen kann.

- In Zusammenarbeit mit dem Sportverband Flensburg und dem Gesundheitshaus (ÖGD) der Stadt Flensburg erhalten die Erzieherinnen darüber hinaus das Angebot, eine Lizenz für das Kinderturnen in Kindertagesstätten zu erwerben. Durch aktives Mitmachen und durch Selbstreflexion können Gewohnheiten und Einstellungen der Erzieherinnen verändert werden.
- Die oben aufgezeigten Maßnahmen werden bis zum Sommer 2007 evaluiert.

## **8 Abschließende Diskussion und Ausblick**

Das oben dargestellte Projekt hat maßgeblich das Befähigen, die Kompetenzentwicklung und das Empowerment dreier eng miteinander verbundenen Gruppen in einer Kindertagesstätte als Zielperspektive gewählt. Dass Bewegungsaktivitäten und Sport gefördert werden müssen, um die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu stärken, zeigen sowohl unsere als auch die Forschungsergebnisse des Robert Koch Instituts auf. Als Antwort auf Gesundheitsrisiken von Kindern Maßnahmen zu ergreifen, die auf einzelne Bildungseinrichtungen (z. B. Schule und Kindergarten) beschränkt bleiben, würde zu kurz greifen. Vielmehr ist es aus unserer Sicht wichtig, eine Vernetzung in der Kommune zu ermöglichen, wobei in dem aufgezeigten Projekt das Gesundheitshaus (früher Gesundheitsamt) gemeinsam mit den Kinder- und Jugendärzten der Stadt Flensburg den Anstoß für ein

Projekt gegeben haben. Damit folgt die Kommune auch den Forderungen der Ottawa-Charta, die von den Gesundheitsdiensten mehr Beratung ausgewählter Zielgruppen fordert. Eine engere Vernetzung ist auch zwischen Kindergärten und Familien wünschenswert. Wenn Eltern gemeinsam mit den Kindern und Erzieherinnen an ausgewählten Nachmittagen spielen und lernen dürfen, oder auch im Alltag der Kita jederzeit an Bewegungsaktivitäten teilhaben können, dann wird der Kindergarten zu einem Kompetenzzentrum für Bewegung in einem Stadtteil. Dort werden im Sinne von Empowerment Bewegungsaktivitäten ermöglicht und nicht vorgefertigte Konzepte gelehrt. Kinder dürfen selbständig und selbstgesteuert draußen spielen und erleben die Wirkungen starker Bewegungsaktivitäten am eigenen Leibe durch Herzklopfen und Atemlosigkeit.

Erzieherinnen werden nicht nur geschult, sondern werden selbst aktiv, um ihre Ideen zur Bewegungsförderung in ihrer Kita umzusetzen.

Erkenntnisse, die sich schon jetzt aus der Evaluation von Maßnahmen zur Bewegungsförderung in Kindertagesstätten ergeben haben, lassen folgende Handlungsprinzipien in Anlehnung an die 5 Handlungsebenen der WHO zu.

Auf der Ebene der Person werden Selbständigkeit und Eigenverantwortung gefördert. Es wird davon ausgegangen, dass Gewohnheitsbildung zur Stabilisierung der Einstellung (hier in Bezug auf eine gesunde Lebensweise) führen kann. Auf der Ebene der Lebenswelt (familiäre und Lebenswelt Kindergarten) werden Kompetenzentwicklung und Information sowie partizipatives Handeln ermöglicht. Auf der Ebene der Gemeinschaftsaktionen werden

sozialraumbezogene vernetzte Angebote anstelle von Einzelproblemlösungen bevorzugt.

Auf der Ebene der Gesundheitsdienste kann an Hand des beschriebenen Projektes positiv vermerkt werden, dass eine thematische Bearbeitung der Gesundheitsberichte erfolgte, die erhobenen Statistiken hatten Handlungsrelevanz. An die Politik müssen auf der Basis der vorliegenden Erkenntnisse Forderungen nach gesetzlichen Regelungen z. B. in Bezug auf die Aus- und Weiterbildung von Erzieherinnen gestellt werden.



Als Resultat des beschriebenen Entwicklungs- und Lernprozesses in der Kommune Flensburg entstehen visionär Kindertagesstätten, die „das Individuum als integralen Bestandteil einer sozialen Gruppe bzw. eines gesellschaftlichen Umfeldes“ verstehen und die versuchen, „den Menschen in seiner Ganzheit zu begreifen, mit Geist und Körper, als Teil einer Familie, Gruppe, Gesellschaft und Kultur“ (WHO 1990, S. 10).

#### **Autorin**

- \* Dr. Barbara Schwaner-Heitmann, Universität Flensburg, Auf dem Campus 1, 24943 Flensburg, Email: [schwaner-heitmann@uni-flensburg.de](mailto:schwaner-heitmann@uni-flensburg.de)

## Literatur

- Atkinson, J. M. (1992): Structure of social action. Studies in conversation analysis. Reprint: Cambridge University Press.
- Ayres, J. (1992): Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin (u.a.): Springer Verlag.
- Barkholz, U./ Paulus, P. (1998): Gesundheitsfördernde Schulen. Konzept, Projektergebnisse, Möglichkeiten der Beteiligung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Barkholz, U. et. al. (2001): Offenes Partizipationsnetz und Schulgesundheit. Gesundheitsförderung durch vernetztes Lernen. Bonn-Bad Godesberg: BMB+F.
- Bös, K. (2006): Motorik Modul MoMo. Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. KiGGs Berlin: Robert Koch Institut.
- Buytendijk, F. J. (1963): Über die menschliche Bewegung als Einheit von Natur und Geist. Stuttgart: Hofmann Verlag.
- Feldenkrais, M. (1995): Bewusstheit durch Bewegung. Frankfurt/Main (u.a.): Insel Verlag.
- Garfinkel, H. (1973): Das Alltagswissen über soziale und innerhalb sozialer Strukturen. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hrsg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Grupe, O. (1992): Zur Bedeutung von Körperbewegungs- und Spielerfahrungen für die kindliche Entwicklung. In: Altenberg, H./ Maurer, F. (Hrsg.): Kindliche Welterfahrung in Spiel und Bewegung. Schorndorf: Hofmann Verlag.
- Hurrelmann, K. (2003): Jugendgesundheitsurvey. Weinheim: Juventa Verlag.
- Jungk, R./ Müllert, R. (1989): Zukunftswerkstätten. Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Koletzko, B. et. al. (2004): Herausforderungen bei der Charakterisierung und Verbesserung der Ernährungssituation im Kindes- und Jugendalter. In: Bundesgesundheitsblatt 3 2004, Bd. 47, S. 227 – 235.
- Kolip, P. (2004): Der Einfluss von Geschlecht und sozialer Lage auf Ernährung und Übergewicht im Kindesalter. In: Bundesgesundheitsblatt 3 2004, Bd. 47, S. 235 – 240.
- Lüders, C. (2000): Beobachtungen im Feld und Ethnographie. In: Flick, K. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Maslow, A. H. (1994.11): Motivation und Persönlichkeit. Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Merleau-Ponty, M. (1965): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter Verlag.
- Miedzinsky, K. (1983): Die Bewegungsbaustelle. Kinder bauen ihre Bewegungsanlässe selbst. Dortmund: Eigenverlag.
- Park, I-C (2001): Die Wissenschaft von der Lebenswelt. Zur Methodik Husserls späteren Phänomenologie. Amsterdam: Radopi Verlag.
- Piaget, J. (2003): Meine Theorie der geistigen Entwicklung. Weinheim (u.a.): Beltz Verlag.
- Schütz, A./Luckmann, T. (1991): Strukturen der Lebenswelt. Bd. 1 und 2. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Spitzer, M. (2002): Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Heidelberg: Spectrum Verlag.
- v. Weizsäcker, V. (1986.5): Der Gestaltkreis. Stuttgart: Thieme Verlag.
- WHO: Empfehlungen der Internationalen Konferenz über Gesundheitsförderung 1986 in Ottawa (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung).

## Kinder psychisch kranker Eltern – Kooperation als Voraussetzung für wirksame präventive Hilfen<sup>17</sup>

Albert Lenz



### *Zusammenfassung*

Kinder psychisch kranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko selbst an klinisch relevanten Störungen zu erkranken. Die Resilienzforschung sowie aktuelle Studien mit Kindern psychisch kranker Eltern verweisen in ihren Ergebnissen auf konkrete Ansatzpunkte, wie Kinder psychisch kranker Eltern in ihrer Widerstandsfähigkeit gefördert werden können. Eine enge Kooperation zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe könnte wesentlich zur Verbesserung der Lebenssituation dieser Kinder beitragen. Es werden Hinweise dafür gegeben, wie diese Kooperation verbessert werden kann.

*Schlüsselwörter:* Prävention – Kooperation – psychische Gesundheit – Resilienz

### *Summary*

Children of mental ill parents have a higher risk to develop clinical relevant symptoms of mental illness as other children. The research about factors for resilience and studies with children with mental ill parents show possibilities to enforce the resistance of these children. A good co-operation between the provisions for mental ill adults and the provisions of the social welfare systems for children are necessary to improve the situation of children with mental ill parents. Some possibilities to make better that cooperation will be mentioned.

*Keywords:* prevention – co-operation – mental health – resilience

---

<sup>17</sup> Überarbeitete Fassung eines Vortrages auf der Fachtagung „Wenn Mama wieder anders wird“ – Hilfen für psychisch belastete Familien der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren am 20.09.2006 in Hannover.

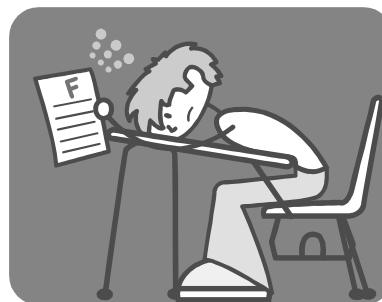
## Einleitung

Wenn von Angehörigen psychisch Kranker die Rede ist, denken wir meist an Eltern, gelegentlich an Partner und Geschwister, selten an Kinder. Aber psychisch Kranke haben Kinder und diese Kinder sind, insbesondere bei chronisch rezidivierendem Krankheitsverlauf, von der psychischen Erkrankung ihrer Mutter oder ihres Vaters in einschneidender Weise mit betroffen. Während es den Eltern und Partnern mittlerweile gelungen ist, sich Gehör zu verschaffen, ist es um die Kinder und ihr Schicksal als Angehörige lange Zeit still geblieben.

In den letzten Jahren sind in der psychiatrischen und psychosozialen Forschung die besondere Situation und die Entwicklung von Kindern psychisch kranker Eltern stärker in das Blickfeld gerückt. Es wurde eine Reihe von Studien veröffentlicht, die insbesondere das deutlich erhöhte Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern nachweisen, im Laufe ihrer Entwicklung mit Verhaltensauffälligkeiten zu reagieren oder selbst im Laufe des Lebens an einer klinisch relevanten psychischen Störung zu erkranken. Das kindliche Störungsrisiko ist, so zeigen die vorliegenden Untersuchungen über die seelische Gesundheit von Kindern psychisch kranker Eltern übereinstimmend, gegenüber der Durchschnittbevölkerung deutlich erhöht. Es kann als gesichert angenommen werden, dass das kindliche Störungsrisiko bei psychischen Auffälligkeiten der Eltern um den Faktor 2-3 gegenüber einer Vergleichsgruppe erhöht ist. Rutter und Quinton (1984) ermittelten über einen Beobachtungszeitraum von vier Jahren bei einem Drittel der untersuchten Kinder keinerlei Beeinträchtigungen der Entwicklung und bei einem weiteren Drittel lediglich vorübergehende Auffälligkeiten. Bei dem verbleibenden Drittel zeigten sich persistente kinderpsychiatrische Störungen. Renschmidt und Matthejat (1994) haben in einer Studie festgestellt, dass ein Drittel der Kinder in stationärer kinder- und ju-

gendpsychiatrischer Behandlung einen psychisch kranken Elternteil haben. Die psychische Erkrankung von Eltern kann als eine belastende psychosoziale Entwicklungsbedingung beschrieben werden. Die Auffälligkeiten der Kinder betrafen vor allem die sozial-emotionale und in einem geringeren Maße auch die kognitive Entwicklung. Im Vordergrund stehen zum einen depressive Störungen und zum anderen aggressive, dissoziale und hyperkinetische Verhaltensstörungen.

Die Mehrzahl der Kinder erkrankt also nicht. Ihre Schwierigkeiten sind offensichtlich anderer Art: Sie sind stärker auf sich bezogen, müssen mehr als andere Kinder mit ihrem familiären Alltag, mit ihren Problemen in der Schule und mit ihrer Einsamkeit zurechtkommen. In dieser Situation ist es ausgesprochen schwer, die eigene Identität zu finden und zu entwickeln. Der Prävention kommt angesichts dieser Ergebnisse eine große Bedeutung zu. Es gilt, die Kinder stärker in ihrer konkreten Lebenssituation als Angehörige psychisch kranker Eltern, ihre Sorgen und Nöte wahrzunehmen und angemessene Hilfsangebote bereitzustellen.



## Ergebnisse der Resilienzforschung

Wichtige Antworten auf die Frage, warum und wie Kinder trotz der vielfältigen Belastungen und Risiken gesund bleiben bzw. mit den belastenden, widrigen und widersprüchlichen Lebenserfahrungen angemessener umgehen können, liefert die Resilienzforschung (Rutter, 1990; Bender & Lösel, 1998). Als Resilienz

wird sowohl der Prozess der bio-psycho-sozialen Adaption als auch das Ergebnis der Anpassung zusammengefasst. Im Mittelpunkt des Interesses steht nicht das so genannte invulnerable Kind, sondern die relative Widerstandsfähigkeit gegenüber pathogenen bzw. belastenden Umständen und Ereignissen, die über die Zeit und situativen Umständen hinweg variieren kann. Ziel der Resilienzforschung ist, die protektiven Effekte personaler und sozialer Ressourcen zu identifizieren. Von einem protektiven Faktor wird dann gesprochen, wenn die Ressource die pathogene Wirkung vorhandener Risiken vermindert, also den Zusammenhang zwischen Risikofaktor und Störung moderiert (Rutter, 1985). Das heißt, der protektive Faktor muss zwischen Personen differenzieren, die ein vergleichbares Störungsrisiko aufweisen, jedoch in einen Fall gesund bleiben oder geworden sind und im anderen Fall nicht.

In der Resilienzforschung konnten verschiedene protektive Faktoren ermittelt werden, die das Risiko von Kindern psychisch kranker Eltern, selbst klinisch relevante Symptome zu entwickeln, verringern (Lenz, 2005):

- Ø ein robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament
- Ø emotionale Einfühlungs- und Ausdruckfähigkeit sowie gute soziale Problemlösefähigkeiten
- Ø mindestens durchschnittliche Intelligenz
- Ø Selbstvertrauen, ein positives Selbstwertgefühl sowie Überzeugungen der Selbstwirksamkeit
- Ø eine ausreichende alters- und entwicklungsadäquate Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und die Behandlung des Elternteil
- Ø eine emotional sichere Bindung zu mindestens einer primären Bezugsperson
- Ø ein emotional positives, zugewandtes, akzeptierendes und zugleich angemessen

forderndes und kontrollierendes Erziehungsklima

- Ø eine trotz der Erkrankung gute Paarbeziehung der Eltern und ein weitgehend stabiles Familienklima
- Ø ein adäquater Umgang des erkrankten Elternteils mit der Krankheit: Verleugnung versus Überbewertung; Überforderung versus Unterforderung, Einsicht in die Krankheit und in präventive Maßnahmen zur Rückfallverhinderung sowie Kooperation bei der Medikation
- Ø Ein stabiles, tragfähiges und Sicherheit vermittelndes soziales Netzwerk

Schutzfaktoren stärken die psychische Widerstandskraft oder Resilienz von risikobelasteten Kindern. Nach Rutter (1987) können Schutzfaktoren bei risikobehafteten Kindern und Jugendlichen folgendermaßen wirksam werden:

- Ø Sie schwächen das Risiko, dem sich das betroffene Kind ausgesetzt erlebt, durch Veränderung des Risiko selbst oder dessen Ausmaßes.
- Ø Sie reduzieren negative Folgeaktionen.
- Ø Sie bauen Selbstachtung und Selbstzufriedenheit auf und halten sie aufrecht.
- Ø Sie schaffen günstige Rahmenbedingungen, zum Beispiel durch Schule und Erziehung.

Werner (1990) weist darauf hin, dass Schutzfaktoren nicht nur das Risiko von Erkrankungen und Störungen abschwächen, sondern ganz generell die psychosoziale Anpassung in Kindheit und Jugend wie auch im Erwachsenen fördern. Antonovsky (1997) sieht in der Wirksamkeit von Schutzfaktoren, die er in seinem Modell der Salutogenese als Widerstandsressourcen bezeichnet, letztendlich die Ursache für physische und psychische Gesundheit begründet.

## **Ergebnisse qualitativer Studien**

Um die zugrunde liegenden Prozesse für die Zusammenhänge von elterlicher Erkrankung und Belastung der Kinder zu verstehen, bedarf es der Entwicklung multifaktorieller Modelle, in denen die interaktiven Effekte zwischen den individuellen Faktoren der Kinder und erkrankten Eltern sowie der verschiedenen psychosozialen Faktoren dargestellt werden. In komplexen, multifaktoriellen Modellen geht es darum, die Vielzahl der Befunde zu ordnen und zu theoretischen Konstrukten zu verknüpfen, die systemhafte Merkmale widerspiegeln. Der qualitative Forschungsansatz kann bei dieser Verknüpfungsarbeit wertvolle Dienste leisten. Er ermöglicht einen sensiblen Zugang zur subjektiven Dimension der Biografie von Kindern mit psychisch kranken Eltern, zu ihrer Erlebnis- und Erfahrungswelt, ihrem Zusammenleben mit einem kranken und einem gesunden Elternteil oder vielleicht sogar mit zwei psychisch kranken Eltern, ihren Umgang mit Problemen und Konflikten sowie zu ihren Bewältigungsstrategien und ihrer Lebensgestaltung.

Vor allem aus Gründen der schweren Erreichbarkeit waren bislang fast ausschließlich Erwachsene bzw. junge Erwachsene ab 18 Jahren in die Untersuchungen einbezogen (vgl. Dunn, 1993; Sollberger, 2000). Es handelt sich also um retrospektiv angelegte Studien, in denen zum Zeitpunkt des Interviews bereits erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern über ihre Kindheit mit psychisch kranken Eltern befragt wurden. Studien, die Ereignisse und Erlebnisse untersuchen, die bereits längere Zeit, zum Teil sogar ein Jahrzehnt und länger zurückliegen können, sind jedoch anfällig für „Verzerrungen“. Um einen authentischen Einblick in die Erlebnis- und Gefühlswelt, in die Vorstellungen, Gedanken und Wünsche nach Unterstützung von minderjährigen Kindern direkt zu gewinnen, wurden im Rahmen der Studie „Kinder als Angehörige psychisch kranker

Eltern“ (Lenz, 2005) betroffene Kinder im Alter von 7 bis 18 Jahren unmittelbar befragt. Ziel in diesem Praxisforschungsprojekt war es, das Erleben und die Erfahrungen der Kinder im Zusammenleben mit einem psychisch kranken Elternteil zu explorieren und gleichzeitig ihr Wissen über die elterliche Erkrankung sowie ihre Unterstützungs- bzw. Hilfewünsche zeitnah zur psychiatrischen Behandlung der Eltern zu rekonstruieren. Es zeigte sich, dass Kinder sensible Beobachter ihrer erkrankten Eltern sind. So nennen sie eine Reihe von Frühwarnzeichen, an denen sie eine Verschlechterung des psychischen Zustandes ihrer Mutter oder ihres Vaters festmachen. Fast ausnahmslos müssen diese Kinder mit dieser belastenden Situation alleine fertig werden. Da sie in aller Regel über keine verständnisvollen Bezugspersonen verfügen, nehmen insbesondere während des Klinikaufenthalts der Mutter das Alleinsein und Gefühle der inneren Leere zu. Die Zeit nach dem Klinikaufenthalt ist durch eine Atmosphäre der Vorsicht, der Rücknahme und Schonung und der Angst vor einem erneuten Rückfall geprägt. Die Kinder richten ihr Verhalten am Tagesablauf und den Bedürfnissen des erkrankten Elternteils aus. Die Jugendlichen haben einerseits die Möglichkeit, sich zumindest teilweise von der Familie zu lösen und äußerlich abzugrenzen, was aber gleichzeitig mit starken Schuldgefühlen verbunden sein kann. Andererseits werden vom kranken und vom gesunden Elternteil spezifische „Aufträge“ an sie gerichtet. Es kommt häufig zu einer Rollenumkehr, in der sie Eltern- oder Partnerfunktion für ihre Eltern übernehmen und Verantwortung für ganze Lebensbereiche wie Haushaltsführung oder Erziehung der jüngeren Geschwister tragen. Ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen neigt zu defensiv-vermeidenden Bewältigungsstrategien. Sie ziehen sich zurück, fliehen oftmals in eine Fantasiewelt und zeigen insgesamt eine schwach ausgeprägte Netzwerkorientie-



zung. In den Interviews äußern Kinder und Jugendliche Wünsche nach konkreten Informationen über die Erkrankung, deren Verlauf und über Behandlungsmöglichkeiten wie auch über mögliche Erbeeinflüsse. Im Mittelpunkt stehen aber die Fragen, wie sie sich dem erkrankten Elternteil gegenüber verhalten sollten und wie sie ihn unterstützen können. Als eine besonders wichtige Form der Unterstützung erachten Kinder und Jugendliche ehrliche und offene Antworten auf ihre Fragen. Sie wollen nicht geschont werden, sondern die Wahrheit hören. Jugendliche wünschen sich darüber hinaus eine aktive Einbeziehung in die Behandlung ihres erkrankten Elternteils. Neben Aufklärung werden von den Befragten Austauschmöglichkeiten und Kontakt mit anderen betroffenen Kindern als weitere wichtige Unterstützungsangebote betrachtet (vgl. ausführlich Lenz, 2005).

### **Elternschaft und psychische Erkrankung**

Während zu den Auswirkungen psychischer Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder, eine Reihe empirischer Studien vorliegen, wurde dem Thema Elternschaft der Personen mit psychischen Störungen in der Forschung bislang relativ wenig Beachtung geschenkt. Bereits über die Prävalenz psychisch kranker Eltern lassen sich vorläufig noch keine verlässlichen Angaben machen. In den wenigen konsekutiven Studien, in denen bislang sowohl Frauen und Männer getrennt als auch beide Gruppen erfasst wurden, sind je nach Klinik 9 % bis 30 % der aufgenommenen Patient(-innen) Eltern von minderjährigen Kindern. In Rahmen der Studie „Kinder als Angehörige psychisch kranker Eltern“ (Lenz, 2005) wurden in einer konsekutiven Erhebung über einen Zeitraum von 6 Monaten Patient(-innen) auf allgemeinpsychiatrischen Stationen von zwei psychiatrischen Kliniken nach Kindern unter 18 Jahren und nach dem Zusammenleben mit

den Kindern gefragt. Von den befragten 808 Patient(-innen) hatten ca. 27 % Kinder unter 18 Jahren. Betrachtet man das Geschlecht der Patienten, so zeigt sich, dass wesentlich mehr Frauen Kinder unter 18 Jahren haben (ca. 34 %) als Männer (ca. 18 %).



Nur wenige Studien haben sich mit dem Hilfebedarf psychisch Kranker für sich als Eltern und für ihre Kinder ausführlicher befasst. Küchenhoff (1997) führte eine Studie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich durch, die sich mit möglichen Unterstützungsmöglichkeiten für die Kinder beschäftigte. Dazu wurden 51 Patient(-innen) und 26 Bezugspersonen über die Probleme der Kinder sowie über ihre Wünsche nach Hilfe und Unterstützung für die Kinder befragt. Als Hilfsangebote wünschten sich die Patient(-innen) und Bezugspersonen Psychotherapie für die Kinder, Unterstützung in Freizeitaktivitäten, Kontaktmöglichkeiten mit Gleichaltrigen, Hilfen bei Schularbeiten und Hilfen im Haushalt. Einen hohen Stellenwert nahm die Aufklärung der Kinder ein. Nach Aussagen der Befragten, waren etwa 60 % der Kinder durch den gesunden Elternteil bzw. durch die Patient(-innen) und ca. 6 % von den Ärzt(-innen) informiert worden. Die restlichen ca. 35 % der Kinder waren über den Zustand des erkrankten Elternteils nicht aufgeklärt. 20 % der befragten Patient(-innen) und Bezugspersonen wünschten sich Hilfe bei der Aufklärung. Lenz (2005) hat in der bereits erwähnten konsekutiven Erhebung die Patient(-innen) nach ihren Wünschen

nach therapeutischen und nichttherapeutischen Hilfsangeboten für ihre Kinder sowie nach der Versorgungssituation der Kinder während des Klinikaufenthaltes gefragt. Es zeigte sich, dass die überwiegende Mehrzahl der Kinder während des Aufenthaltes des erkrankten Eltern teils im familiären bzw. engeren verwandtschaftlichen Umfeld versorgt wird. Etwa 34 % der Befragten wünschten sich alltägliche Hilfeleistungen für ihre Kinder und sich. Am häufigsten wurden dabei Hilfen für die Familien im Haushalt sowie Unterstützung für die Kinder bei Schularbeiten und bei Freizeitaktivitäten genannt. Aufklärungs- und Informationsgespräche mit den Kindern wurden von ca. 25 % der Patient(-innen) als zusätzliche Hilfeleistung genannt. Am häufigsten äußerten depressiv erkrankte Eltern diesen Wunsch. Gefragt nach dem Informationsgrad der Kinder gab 63 % der Patient(-innen) an, dass ihre Kinder über die Erkrankung und über die derzeitige Behandlung in aller Regel durch sie selber aufgeklärt wurden. Die restlichen 37 % der Befragten gab offen zu, dass ihre Kinder nicht bzw. nicht ausreichend informiert sind. Als Gründe führte diese Gruppe zum einen die Befürchtung, dass die Kinder durch die Informationen zu sehr belastet würden und zum anderen die Unsicherheit an, wie sie den Kindern das entsprechende Wissen vermitteln könnten. Bezogen auf die Diagnosegruppen zeigt sich, dass die Kinder depressiv erkrankter Eltern am häufigsten informiert waren. Zugleich kam aus dieser Diagnosegruppe am häufigsten die Befürchtung, dass Aufklärung mit großen Belastungen für die Kinder einhergehen könnte.

### **Präventionsprogramme für Kinder psychisch kranker Eltern**

Die empirischen Befunde liefern bedeutsame Ansatzpunkte für Prävention. Hinsichtlich der Aufgaben und Ziele präventiver und gesund-

heitsfördernder Maßnahmen hat sich in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Wandel vollzogen. Die Programme wurden lange Zeit nach einer pathogenetischen Orientierung konzipiert mit dem Ziel, die Entwicklung verhaltensbezogener und sozialer Probleme zu verhindern. Risikofaktoren für pathologische Entwicklungsverläufe sollten gemindert bzw. durch Interventionen kompensiert werden. Wegen der hohen Bedeutung der protektiven Faktoren für psychische und physische Gesundheit, wie die Ergebnisse der Resilienzforschung zeigen, hat sich in den letzten Jahren in der Prävention und Gesundheitsförderung eine salutogenetische Orientierung durchgesetzt. Danach besteht die Aufgabe von Prävention und Gesundheitsförderung darin, persönliche und soziale Ressourcen zu stärken, indem Lebenskompetenzen sowie personale und soziale Fähigkeiten gefördert bzw. vermittelt werden, die es den Kindern und Jugendlichen ermöglichen, angemessen mit Problemen und Entwicklungsaufgaben umzugehen (vgl. Jerusalem, 2003).

Im Mittelpunkt der Präventionsprogramme für Kinder psychisch kranker Eltern stehen dabei die Entlastung der Kinder und Eltern, die Nutzung familiärer und extrafamiliärer Unterstützung, die Förderung familiärer Kommunikation, die Informationsvermittlung bzw. Edukation und Stärkung sozialer Ressourcen, der Aufbau diverser Kompetenzen (soziale, Problemlöse- und Erziehungsfertigkeiten). Darüber hinaus geht es um frühzeitige Interventionen oder Rückfallvermeidung bei psychisch kranken Eltern. Im Zentrum präventiver Maßnahmen steht natürlich die Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Eltern, z. T. auch in Selbsthilfegruppen (z. B. Anonyme Alkoholiker). Kindzentrierte Hilfen zur Stärkung des Selbstwertes und der Unabhängigkeit trainieren Bewältigungsfertigkeiten, bieten kompensativ wirksame Beziehungen zu Erwachsenen und Peers auf, unterstützen den schulischen

Erfolg und fördern extrafamiliäres Freizeitverhalten (vgl. Seeman & Goepfert, 2004).

Will man verschiedene Interventionsansätze formal unterscheiden, so lassen sich solche differenzieren, die uni- bzw. bifokal sind (nur Eltern oder auch Kinder) und die entweder von einem Dienst oder vernetzten Diensten getragen werden. Dabei kommen in Abhängigkeit der beteiligten Dienste auch stationäre Aufenthalte der Kinder mit ihren Eltern, aber auch Hausbesuche und andere gemeindenaher Aktivitäten (z.B. Schulberatungen) zum Tragen. Nicht zuletzt muss auch an mögliche notwendige rechtliche Maßnahmen zur Unterstützung der Kinder gedacht werden; angefangen von allgemeiner Familienhilfe im Sinne des Sozialgesetzbuches VIII bis hin zur Unterbringung in Heimen (vgl. Schone & Wagenblass, 2002).

Beardslee gilt als Pionier in diesem Bereich. Er hat mit seinen Mitarbeitern am Children's Hospital in Boston bereits Anfang der 90er ein präventives Programm zur Unterstützung Kinder depressiv erkrankter Eltern entwickelt (Beardslee et al., 1996). Das Programm setzt in erster Linie bei den Eltern an. Im Mittelpunkt steht die Vermittlung von Informationen über Ursachen und Symptome der Krankheit und vor allem über deren Einflüsse auf die Kinder. Die verschiedenen Themen werden dabei in Form von Elterngesprächen und gemeinsamen Familiengesprächen vor dem Hintergrund der spezifischen familiären Lebenssituation behandelt. Damit soll erreicht werden, dass neben der Wissensvermittlung die konkreten Schwierigkeiten, Belastungen und Konflikte bearbeitet werden und sich langfristig die innerfamiliäre Kommunikation verbessert (Beardslee et al., 1998, 2002, 2003, 2004).

Diese strukturierte Intervention wird in sechs bis zehn Sitzungen durchgeführt und verfolgt die folgenden Ziele:

- Ø Bei allen Familienmitgliedern soll das Wissen und das Verständnis über die elter-

liche Erkrankung vergrößert werden (Ätiologie, Verlauf, Zeichen und Symptome, Widerstandsfähigkeit und Risiken für die Kinder).

- Ø Den Eltern soll Wissen über Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung vermittelt, für ihr Kind konkretisiert und mit den Lebenserfahrungen der Familie verknüpft werden.
- Ø Die Eltern sollen die Belastungen, die aus ihrer Krankheit für die Kinder entstehen, besser verstehen und einschätzen können.
- Ø Die Eltern sollen Belastungssymptome der Kinder frühzeitig erkennen lernen, um möglichst noch im Vorfeld geeignete Maßnahmen ergreifen zu können
- Ø Die Familienmitglieder sollen ermutigt werden, Unterstützung und Hilfen in Anspruch zu nehmen und sich Krisensituationen an Expert(-innen) zu wenden.
- Ø Spezifische Situationen und bedeutsame belastende Ereignisse, wie beispielsweise krisenhafte Entwicklungen und Klinikaufenthalte, werden mit den Familienmitgliedern ausführlich erörtert.
- Ø Kinder sollen die Krankheit der Eltern besser verstehen lernen und ermutigt werden, ihr eigenes Leben weiterzuführen.

Im deutschsprachigen Bereich liegen bislang keine hinreichend evaluierten Studien zur Prävention vor, die sich um das Wohlergehen von Kindern psychisch kranker Eltern bemühen. Allerdings gibt es eine Vielzahl von Projekten. Besonders bekannt geworden ist das Konzept der AURYN-Kindergruppe, das ursprünglich an der Psychiatrischen Universitätsklinik Freiburg entwickelt wurde (Bohus et al., 1998). Die Ziele dieses themenzentrierten Gruppenangebots für 7- bis 14-jährige Kinder sind:

- Ø Förderung der Selbstreflexion und Selbstwertstärkung
- Ø Stärkung der emotionalen Wahrnehmung,

- Ø Ermutigung der Kinder, eigene Gefühle zu erleben und auszudrücken,
- Ø Förderung von individuellen Bewältigungsformen,
- Ø Kindgerechte Aufklärung und Beratung über krankheitsbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen der Eltern,
- Ø Enttabuisierung des Themas psychische Erkrankung der Eltern,
- Ø Entlastung der Kinder von Schuldgefühlen,
- Ø Freizeitgestaltung und Erleben von Unbeschwertheit,
- Ø Austausch über die familiäre und persönliche Situation,
- Ø Kontakte und Solidarität mit Kindern in ähnlicher Lebenssituation schaffen.

In aller Regel finden die Gruppennachmittage einmal wöchentlich über einen Zeitraum von einem halben Jahr statt. Die Gruppengröße ist auf vier bis maximal sieben Kinder begrenzt, um ein individuelles Eingehen auf die persönlichen Prozesse leichter zu ermöglichen. Parallel zur Kindergruppe findet Elternarbeit in Form einer begleitenden Elterngruppe statt. Inhaltlicher Fokus der Elternarbeit ist, den gegenseitigen Austausch über die besonderen Bedingungen der Elternschaft zu fördern, Verständnis für die kindlichen Bedürfnisse und Perspektiven zu stärken und Selbsthilfepotenziale der Eltern zu aktivieren (Dierks, 2001; Leidner, 1997). Eine systematische Evaluation der AURYN-Kindergruppe fehlt bislang allerdings.

In den letzten Jahren entstanden darüber hinaus Präventionsprojekte, die auf einem interinstitutionellen und multidisziplinären Kooperationsmodell beruhen, an dem Einrichtungen der Jugendhilfe, der Sozialpsychiatrie sowie psychiatrische Kliniken und niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten beteiligt sind (Staets & Hipp, 2001; Ebner & Raiss, 2001).

Eine wichtige Erfahrung in allen Präventionsprojekten ist es, dass durch das kooperative Arbeitsmodell der Zugang für die betroffenen Familien zu den Hilfsangeboten wesentlich erleichtert wurde. Sowohl auf Seiten der psychisch kranken Eltern als auch auf Seiten der Kinder herrscht häufig zunächst eine ambivalente Haltung gegenüber Hilfen und Unterstützungsleistungen vor. Durch die transparente fallbezogene und fallübergreifende Kooperation konnte eine Atmosphäre hergestellt werden, in der die Angebote als Unterstützung für die Kinder und Familien und weniger als Kontrolle erlebt wurden.

### **Kooperation als Voraussetzung für wirksame präventive Hilfeleistungen**

Ein fachlich fundierter Umgang mit Kindern psychisch kranker Eltern erfordert eine interdisziplinäre Handlungsperspektive, in der psychotherapeutisches, psychiatrisch-medizinisches und sozialpädagogisches bzw. sozialarbeiterisches Wissen miteinander verknüpft wird (Lenz, 2005). Um eine angemessene Hilfe und Unterstützung gewährleisten zu können, ist also eine institutionalisierte Form der Kooperation zwischen Hilfesystemen notwendig, die bisher in ihrer tagtäglichen Praxis wenig oder überhaupt nicht zusammenarbeiten. Insbesondere sind verbindliche Kooperationsstrukturen zwischen der Erwachsenenpsychiatrie und der Jugendhilfe erforderlich. Die Notwendigkeit für eine Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe ergibt sich aus dem Versorgungsauftrag der beiden Systeme. Auftrag der Psychiatrie ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung des erkrankten Elternteils. Im Mittelpunkt des psychiatrischen Versorgungssystems stehen die Bedürfnisse und Interessen des Patienten bzw. der Patientin. Die Einbeziehung von Angehörigen wie Partner, Eltern und Geschwister hat sich in der therapeutischen Arbeit zu einem

wichtigen Baustein entwickelt, die Kinder werden hingegen immer noch allenfalls am Rande als Angehörige wahrgenommen. Der Jugendhilfe als wohlfahrtsstaatliches Unterstützungssystem liegt ein sozialpolitischer und sozialpädagogischer Handlungsmodus zugrunde. Sie zielt darauf ab, positive Lebensbedingungen für Kinder, Jugendliche und junge Menschen und ihre Familien zu schaffen und Hilfen in Not- und Krisensituationen bereit zu stellen. Im Mittelpunkt stehen die Interessen und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen. Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) spricht vom Kindeswohl (vgl. § 50 Abs. 3 KJHG, § 1666 BGB), dessen Gefährdung als Legitimationsgrundlage für Hilfen zur Erziehung oder für staatliche Eingriffe ins elterliche Sorgerecht dient

### **Kooperationsbeziehungen zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe**

Eine Befragung von Expert(-innen) aus beiden Arbeitsfeldern zeigte, dass sich die konkrete Kooperation zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendamt in der Praxis auf die fallbezogene Ebene beschränkt (Lenz, 2005). Es wird also in jedem Einzelfall überlegt, ob kooperiert werden soll oder nicht, ob der Arbeitsaufwand, der damit verknüpft ist, in einem angemessenen Verhältnis zum möglichen Nutzen steht. Trotz der insgesamt hohen Erwartungen an Kooperation fehlen fallübergreifende interinstitutionelle Kontakte, in denen vor allem allgemeine Absprachen über das gemeinsame Vorgehen und Vereinbarungen über die Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen festgelegt sind. Als Grund für das Fehlen der von allen Expert(-innen) als wichtig erachteten grundlegenden Absprachen und Vereinbarungen wird von den Befragten Arbeitsüberlastung und Zeitmangel angeführt.

Die in erster Linie personenbezogenen Kontakte ohne eine weiter definierte bzw. festgelegte

institutionelle Einbettung in die Einrichtungen sind sehr abhängig vom persönlichen Kontakt, der gegenseitigen Akzeptanz und Motivation sowie der fachlich Haltung der jeweiligen Mitarbeiter(-innen) und damit sehr störanfällig.

Die zentralen Konfliktlinien zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendamt entwickeln sich zum einen entlang der unterschiedlichen Aufträge und Zuständigkeiten der beiden Systeme, die in der Behandlung des erkrankten Elternteils bzw. dem Kindeswohl bestehen sowie zum anderen entlang der unterschiedlichen Denkmuster und professionellen Erfahrungshorizonte, das heißt der unterschiedlichen Handlungslogiken in den beiden Systemen. Die Jugendhilfe ist als wohlfahrtsstaatliches Hilfesystem geprägt durch einen sozialpolitischen und sozialpädagogischen Handlungsmodus und die Erwachsenenpsychiatrie als Teil des Gesundheitssystems durch einen medizinischen -psychiatrisch Handlungsmodus. Konkret sichtbar werden die Konfliktlinien in den Dimensionen Hilfe und Kontrolle sowie Kinderperspektive und Elternperspektive. Die Klinikmitarbeiter(-innen) stehen durchgängig den Handlungsweisen und Entscheidungen des Jugendamtes sehr skeptisch gegenüber. Ihren Erfahrungen nach unterstellen die Sozialarbeiter(-innen) insbesondere den psychisch kranken Müttern häufig gravierende Beeinträchtigungen in der Erziehungsfähigkeit und Versorgung der Kinder. Die Jugendamtsmitarbeiter(-innen) würden in diesen Fällen schnell eine Gefährdung des Kindeswohls diagnostizieren und oftmals auf eine umgehende Trennung des Kindes von der Mutter drängen. Die Jugendhilfe-Expert(-innen) nehmen eine völlig entgegen gesetzte Position ein, indem sie der Erwachsenenpsychiatrie eine zu stark am „Elternwohl“ orientierte Sichtweise vorwerfen. Sie kritisieren, dass die Erwachsenenpsychiatrie die Belastungen der Kinder durch das Zusammenleben mit einem schwer psychisch erkrankten Elternteil bagatellisieren und das

Kind weitgehend für deren Gesundheit instrumentalisieren. Ohne ausreichend auf die Bedürfnisse und Interessen des Kindes einzugehen, soll es durch das Verbleiben in der Familie gewissermaßen einen Beitrag zur Stabilisierung der kranken Mutter bzw. des kranken Vaters leisten (Lenz, 2005).

### **Voraussetzungen für eine gelingende interinstitutionelle Kooperation**

Kooperation zwischen Einrichtungen, Diensten und Fachkräften ist in den letzten Jahren zu einem Dauerthema im Gesundheits- und Sozialbereich geworden. Hintergrund hierfür ist die fortschreitende Ausdifferenzierung von Hilfsangeboten. Die notwendigen Hilfe- und Unterstützungsleistungen sind aufgrund der hohen Spezialisierung der einzelnen Institutionen häufig nur noch in Kooperation mit anderen leistbar. Trotz der häufigen Verwendung von Kooperation als Handlungsstrategie oder zumindest der angestrebten Verwendung gibt es im psychosozialen Bereich und im Gesundheitswesen bislang nur wenige Versuche, sich systematisch mit dem Thema Kooperation auseinanderzusetzen und sich der Frage zu widmen, wer mit wem kooperiert, wie Kooperation in der Praxis umgesetzt werden kann, welche förderlichen und hinderlichen Bedingungen bestehen und welche Schwierigkeiten mit Kooperation verbunden sind. In der Gemeindepsychologie besitzt das Thema Kooperation einen hohen Stellenwert. Es stellt einerseits in einer gemeindepsychologisch orientierten Praxis ein grundlegendes Arbeitsprinzip dar und wird andererseits auch in der gemeindepsychologischen Forschung aufgegriffen (Bergold & Filsinger, 1993). In ihrer empirischen Studie, die sich vorrangig auf Kooperationsbeziehungen innerhalb der Jugendhilfe bezieht, kommen van Santen und Seckinger (2003) zu dem Ergebnis, Kooperation ist ein voraussetzungsvolles und unter bestimmten

Bedingungen wirkungsvolles Verfahren, komplexe Aufgaben zu bearbeiten. Die positiven Erwartungen, die mit Kooperation verbunden sind, erfüllen sich allerdings nicht von alleine. Sie konnten aufzeigen, dass gelingende interinstitutionelle Kooperation Kenntnisse über Aufgaben und Aufträge, über Angebotsprofil, Zuständigkeiten, Handlungsmöglichkeiten und Handlungsspielflächen der jeweils anderen Einrichtungen voraussetzen. Solche Kenntnisse tragen dazu bei, falsche Erwartungen in Kooperationsbeziehungen abzubauen und eine realistische Ebene für Kooperation zu schaffen. So ist eine Institution, die für eine bestimmte Aufgabe zuständig ist, nicht automatisch mit allen hierzu notwendigen Handlungsmöglichkeiten ausgestattet. Die Handlungsmöglichkeiten sind zudem oftmals gesetzlich festgeschrieben und damit gar nicht direkt beeinflussbar bzw. veränderbar. Einen weiteren wichtigen förderlichen Aspekt für interinstitutionelle Kooperation stellen Kenntnisse über interne Organisations- und Ablaufstrukturen der jeweils anderen Einrichtung dar. Durch solche Kenntnisse werden beispielsweise Bearbeitungszeiten oder bestimmte Verzögerungen in der Bearbeitung besser nachvollziehbar. Auch das Wissen um Personalressourcen der Kooperationspartner(-innen) kann das Bewusstsein für das Mögliche und Unmögliche innerhalb einer interinstitutionellen Beziehung sensibilisieren und diese von unnötigen Irritationen entlasten. Wie sich gezeigt hat, besteht insbesondere zwischen Einrichtungen und Organisationen unterschiedlicher Hilfe- bzw. Funktionssysteme häufig ein hohes Maß an Nicht-Wissen über Aufgaben, Zuständigkeiten, Handlungsmöglichkeiten und die einfachsten formalen Abläufe (van Santen & Seckinger, 2003). Dieses Nicht-Wissen führt häufig zu Missverständnissen, unerfüllbaren, unrealistischen und unberechtigten Erwartungen. Solche „falschen“ Vorstellungen können sich leicht

verfestigen und erschweren bzw. verhindern oft sogar eine effektive Kooperation im Alltag. Gerade zwischen Einrichtungen aus unterschiedlichen Hilfe- und Funktionssystemen kann es zu besonderen Kommunikationsproblemen kommen, die nicht nur auf den divergierenden Aufgaben und Aufträgen, sondern auf den unterschiedlichen Erfahrungshorizonten, Denkmustern und beruflichen Sozialisationen beruhen. Diese Aspekte lassen sich unter dem Begriff der unterschiedlichen Handlungslogiken zusammenfassen. Unterschiedliche Handlungslogiken erfordern von den Beteiligten eine Transformation der Kommunikation. Der Sender muss sich bemühen, möglichst Anschlussfähigkeit an die Rezeptionsmuster der Empfänger herzustellen, und der Empfänger muss seinerseits möglichst eine Dekodierung von Nachrichten leisten (van Santen & Seckinger, 2003). Dies setzt allerdings auf beiden Seiten voraus, dass die Spezifika der Rezeptionsmuster zumindest in den Grundzügen bekannt sind. In der Kooperation zwischen Einrichtungen verschiedener Hilfesysteme ist diese Voraussetzung häufig nicht gegeben und es kommt schnell zu Kommunikationsschwierigkeiten und zu Unsicherheiten darüber, was mit einer Kooperation erreicht werden soll und was das für die Beteiligten bedeutet. Ein möglichst umfangreiches Wissen über die Handlungslogiken der beteiligten Institutionen und die Akzeptanz der unterschiedlichen Handlungslogiken betrachten die Autoren der Kooperationsstudie als weitere wichtige Voraussetzung. Hierzu bedarf es eines systematisch organisierten Austausches zwischen den Institutionen.

Insbesondere die Akzeptanz der Arbeitsgrundlagen und Handlungslogiken hängt nicht unwesentlich mit möglichen Statusunterschieden zwischen den Kooperationspartnern zusammen. Bestehen größere Statusunterschiede, wie sie beispielsweise zwischen Ärzteschaft und Sozialarbeit gegeben sind, und wird zudem auf den Statusdifferenzen beharrt, so kann sich

dies eher kooperationshemmend auswirken. Kooperation setzt Vertrauen und einen gleichberechtigten Austausch zwischen den Beteiligten voraus. Dies wird durch das persönliche Kennen bzw. Kennen lernen der Ansprechpartner in den anderen Einrichtungen erleichtert. Die Bedeutung von persönlichen Beziehungen steigt dann, wenn keine formalen, gesetzlich vorgeschriebenen Verfahrenswege oder andere stark normative Regeln existieren, wie zwischen den Hilfesystemen Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe. Das heißt also, dass die Qualität der persönlichen Beziehungen umso entscheidender ist, je offener die Situation ist.

Kenntnisse über die jeweils andere Einrichtung, das persönliche Engagement von einzelnen Mitarbeiter(-innen) und vertrauensvolle Beziehungen reichen alleine nicht aus, um eine interinstitutionelle Kooperation aufrecht zu erhalten. Van Santen und Seckinger (2003) betonten, dass eine interinstitutionelle Kooperation auf Dauer nur dann funktionieren kann, wenn die Institutionen Wert darauf legen, in einem interinstitutionellen Kooperationszusammenhang vertreten zu sein und sie dieses auch sicherstellen, indem sie sich mit den Kooperationsinhalten auseinandersetzen und sie zu einem Bestandteil ihrer internen Arbeit machen. Es müssen in den Institutionen zum einen zeitliche und materielle Ressourcen für die Kooperationsarbeit zur Verfügung stehen und zum anderen interne Informationswege geschaffen werden, damit die Inhalte und Ergebnisse der Kooperation an die relevanten Stellen in der Einrichtung weitergegeben werden können. Erfahrungen zeigen zudem, dass personelle Kontinuität ein wichtiges Merkmal zur Förderung von Kooperationsbeziehungen darstellt (Bergold & Filsinger, 1993). Personelle Kontinuität an den Schnittstellen mit anderen Einrichtungen erhöht die Berechenbarkeit und Transparenz und fördert die Vertrauensbildung zwischen Institutionen. Durch eine zu

hohe personelle Fluktuation ist interinstitutionelle Kooperation sogar eher gefährdet.

### **Autor**

- \* Prof. Dr. Albert Lenz, Dipl.-Psychologe, Kath. Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Fachbereich Sozialwesen,

Leostraße 19, 33098 Paderborn, Email: [a.lenz@kfhnw.de](mailto:a.lenz@kfhnw.de)

Schwerpunkte: Gemeindepsychologie und Sozialpsychiatrie, Soziale Netzwerke und Empowerment, Vernetzung und Kooperation in der psychosozialen Praxis, Psychosoziale Beratung und Jugendhilfe, Evaluation und Qualitätssicherung psychosozialer Projekte



### **Literatur**

- Beardslee, W.R., Wright, E., Rothberg, E. & Salt, P. (1996). Response of families to two preventive intervention strategies: Long-term differences in behavior and attitude change. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 774-782.
- Beardslee, W.R., Swatling, S., Hoke, L., Rothberg, P.C., Velde, P.v.d., Focht, L. & Podorefsky, D. (1998). From cognitive information to shared meaning: Healing principles in prevention intervention. *Psychiatry*, 61, 112-129.
- Beardslee, W. R. (2002). When a parent is depressed. How to protect your children from the effects of depression in the family. Boston: Little, Brown and Co.
- Beardslee, W. R., Tracy, R. G., Gladstone, T. R. G., Wright, E. J. & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. In *Pediatrics* <http://www.pediatrics.org/cgi/content/content/full/112/2/e119>.
- Beardslee, W. R. et al. (2004). Hope meaning and continuity: A program for helping families when parents face depression. Boston: Prevention Intervention Project, Judge Baker Children's Center, Three Blackfan Circle, Boston, Massachusetts 02115.
- Bender, D. & Lösel, F. (1998). Protektive Faktoren der psychisch gesunden Entwicklung junger Menschen. Ein Beitrag zur Kontroverse um saluto- versus pathogenetische Ansätze. In J.



- Margraf, J. Siegrist & S. Neumer (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie?* (S. 119-145). Berlin, Springer.
- Bergold, J. & Filsinger, D. (1993) (Hrsg.), *Vernetzung psychosozialer Dienste. Theoretische und empirische Studien über stadtteilbezogene Krisenintervention und ambulante Psychiatrie*. Weinheim, Juventa.
- Bohus, M., Scher, K., Berger-Sallwitz, F., Novelli, U., Stieglitz, R.D. & Berger, M. (1998). Kinder psychisch kranker Eltern. Eine Untersuchung zum Problembewusstsein im klinischen Alltag. *Psychiatrische Praxis*, 25, 134-138.
- Dierks, H. (2001). Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Auryngruppen“). *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 7, 560-568.
- Dunn, B. (1993). Growing up with a psychiatric mother: A retrospective study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 177-189.
- Ebner, J. & Raiss, S. (2001). Kinderprojekt Mannheim: Kinder psychisch kranker Eltern – Hilfen für Eltern und Kinder, Vernetzung von Ressourcen. *Soziale Praxis*, 21, 88-102.
- Jerusalem, M., Klein-Heßling, J. & Mittag, W. (2003). Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 11, 247-262.
- Küchenhoff, B. (1997). Kinder psychisch kranker Eltern. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 139, 331-333.
- Leidner, M. (1997). *Kinderprojekt Auryn – Abschlussbericht. Verein zur sozialpsychiatrischen Unterstützung psychisch Kranker e.V.* Unveröffentlichtes Manuskript.
- Lenz, A. (2005). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen, Hogrefe.
- Remschmidt, H. & Matthejat, F. (1994). *Kinder psychotischer Eltern*. Göttingen, Hogrefe.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181-214). Cambridge, University Press.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorders: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Santen, van, E. & Seckinger, M. (2003), *Kooperation: Mythos und Realität einer Praxis. Eine empirische Studie zur interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe*. Opladen, Leske + Budrich.
- Schone, R. & Wagenblaus. (2002). *Wenn Eltern psychisch krank sind. Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster*. Münster: Votum.
- Seeman, M. V. & Göpfert, M. (2004). Parenthood and adult mental health. In M. Göpfert, J. Webster & M. V. Seemans (Eds.), *Parental Psychiatric Disorder Distressed Parents and Their Families* (pp.8-21 ). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sollberger, D. (2000). *Psychotische Eltern – verletzliche Kinder. Identität und Biografie von Kindern psychisch kranker Eltern*. Bonn, Psychiatrie Verlag
- Staets, S. & Hipp, M. (2001). KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 569-579.
- Werner, E.E. (1990). Protective factors and individual resilience. In S.J. Meisels & J.P. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 97-116). Cambridge: University Press.

## AUFRUF

### Reparatur-Hilfe für das CeAC in Rosario, Argentinien

In den Abendstunden des 15. November ging über Rosario am Rio Parana ein Unwetter in einem bis dahin nicht gekannten Ausmaß hinweg, das enorme Schäden angerichtet hat. Insbesondere in den ärmlichen Vierteln der Stadt hat der Hagelsturm mit Körnern in der Größe von Tennisbällen die einfachen Unterkünfte zerschlagen und den Familien buchstäblich das Dach über den Kopf zerstört. Unter anderem ist auch der Stadtteil La Siberia betroffen, wo sich neben der Psychologischen Fakultät der Universität auch das CeAC befindet, ein Nachbarschaftszentrum in bester gemeindepsychologischer Tradition. Die Arbeit im CeAC – ein Gesundheitsstützpunkt und viele aktivierende Projekte – wird seit 21 Jahren engagiert von der betroffenen Nachbarschaft getragen, die aber nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, die Reparatur der Schäden zu finanzieren.

Coco Fuks, Leiter des CeAC, haben viele von uns im Herbst 2004 auf dem 5. Europäischen Kongress der Gemeindepsychologie in Berlin erlebt (siehe Rundbrief 2/2004). Er regt an, das Netzwerk für eine finanzielle Unterstützung des CeAC zu aktivieren. So könnte vielleicht mit unserer Hilfe wenigstens das Dach des Versammlungsraums neu eingedeckt werden.

Wir möchten diesem Vorschlag im gemeindepsychologischen Netzwerk nachkommen und Euch um eine kleine Reparaturhilfe für das CeAC bitten. Auch 20 oder 50 Euro wären schon eine tolle Unterstützung! Bitte überweist unter dem Stichwort „Reparaturhilfe CeAC“ auf das Konto Nr. 888 57 00 bei der Bank für Sozialwirtschaft mit der BLZ 700 205 00.

Wir werden Euch über die Gesamtspende informieren und eine Spendenbescheinigung zusenden.

#### Kontakt

Monika Bobzien

monika.bobzien@arcormail.de

Aktuelles zum CeAC – Centro de Asistencia a la Comunidad - ist zu finden unter

<http://ceac-unr.blogspot.com>

*El CeAC, centro de asistencia a la comunidad es un programa comunitario dirigido por la Sec. de Extension Universitaria del Rectorado de la UNR. Su lugar es en el barrio de la "Siberia" de Rosario, donde desarrolla actividades de Salud Comunitaria, formacion de vecinos y profesionales y fortalecimiento comunitario.*



## NACHRICHTEN AUS DEM VORSTAND

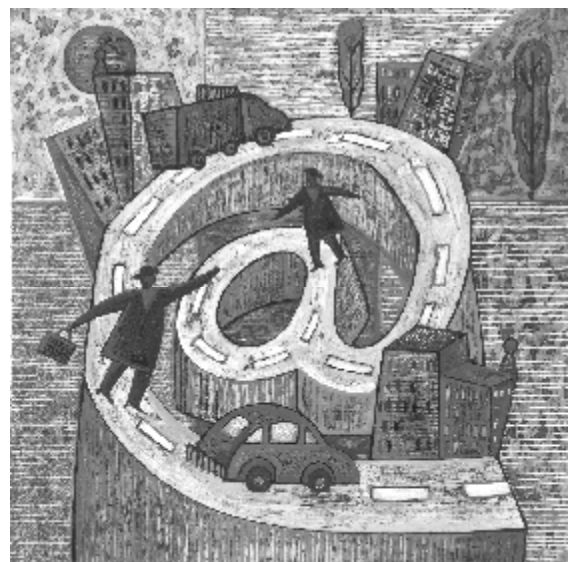
„Verarmung – eine Aufgabe für gemeindepsychologisches Handeln“ war das Thema der Jahrestagung der GGFP, die vom 23. bis 25. Juni 2006 in Offenburg stattfand. Die diesjährige Veranstaltung wurde in Kooperation mit der Wohnungslosenhilfe des St. Ursulaheimes Offenburg (AGJ Freiburg e.V.) und der Betroffeneninitiative Wohnungsloser Offenburg (BI) veranstaltet. Mitglieder der Betroffeneninitiative Wohnungsloser Offenburg führten mit ihrem Beitrag „Partizipation von Menschen in deklassierten Lebensverhältnissen“ am Freitag in das Tagungsthema ein. In ihrem Beitrag über „Auswirkungen der sozialen Reformen auf psychisch kranke und behinderte Menschen“ zeigte Christel Achberger, mit welchen Verschlechterungen Menschen in besonders beeinträchtigten Lebenslagen täglich konfrontiert werden. In Arbeitsgruppen wurde am zweiten Tag das Tagungsthema aus unterschiedlichsten Perspektiven vorgestellt, diskutiert und in seiner Bedeutung für die GGFP weitergedacht. So entstand auf der Jahrestagung auch die Idee, eine Forschungswerkstatt mit Aktiven der Obdachloseneinrichtung und der GGFP durchzuführen. Es geht im weitesten Sinne darum herauszufinden, welche Empowermentprozesse lassen sich am Beispiel der Obdachlosenhilfe in Offenburg identifizieren, wie werden Empowermentprozesse in Gang gesetzt und welche Strukturen sind notwendig, um Empowermentprozesse zu sichern. Zur Realisierung dieser Forschungswerkstatt sind vom Vorstand Vereinsmitglieder angesprochen worden.

Die Jahrestagung 2007 wird vom 22. bis 24. Juni in München stattfinden. Alle Vereinsmitglieder werden eine gesonderte Einladung erhalten. Der Vorstand ermuntert Euch/Sie bei den im Rahmen der Jahrestagung stattfindenden Vorstandswahlen zu kandidieren! Der derzeitige Vorstand kann sich zwar vorstellen, ein weiteres Mal zu kandidieren, ist aber auch bereit, den Platz für andere Aktive frei zu machen bzw. die Anzahl der Vorstandsmitglieder zu erhöhen.

Alle Leserinnen und Leser des Gemeindepsychologischen Rundbriefs erhalten mit dieser Ausgabe die letzte gedruckte Version in ihren Händen. Ab der

Ausgabe 1/2007 wird der Rundbrief in elektronischer Form vorliegen. Beim Pabst-Verlag wurde im Dezember 2006 der Vertrag für eine Online-Zeitschrift unterschrieben. Mit einer kostenlosen Online-Zeitschrift soll eine größere Zahl von Leserinnen und Leser angesprochen werden, was auch bedeutet, dass die Themen der Gemeindepsychologie ohne größeren Aufwand weiteren Kreisen zugänglich gemacht werden. Die vereinsinterne Kommunikation soll durch einen Newsletter gewährleistet werden, der vom Vorstand mehrmals im Jahr herausgegeben wird.

Die Veränderungen beim Rundbrief erfordern eine Neubearbeitung der Homepage. Angedacht sind eine Kurzbeschreibung der GGFP, das Leitbild, die Satzung, inhaltliche Schwerpunkte der GemeindepsychologInnen, Praxisbeispiele, Forschungsprojekte mit gemeindepsychologischen Inhalten etc. Die bis 2/2006 erschienenen Gemeindepsychologischen Rundbriefe sollen als Pdf-Datei online zur Verfügung gestellt werden.



An dieser Stelle ein Danke allen, die dazu beigetragen haben, den Rundbrief der GGFP in seiner schlichten Aufmachung zu einer „kleinen“ aber feinen Zeitschrift auf hohem Niveau werden zu lassen.

Irmgard Teske

## TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN

### VERNETZT(E) PSYCHOTHERAPIE!

17. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung

29. Februar bis 4. März 2008, Berlin

#### Aufruf zur Mitarbeit

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie lädt alle Interessierten ein, den 17. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung mitzugestalten. Der Kongress steht unter dem Rahmenthema. Das Kongresssthema lenkt den Blick auf die intra- und interdisziplinäre Vernetzung im Kontext der Psychotherapie. Zum einen kann der Kongress eine Zustandsbeschreibung liefern von gelungenen Vernetzungen in und mit der Psychotherapie, zum anderen will der Kongress alle Beteiligten ermutigen, dem Aufruf „Vernetzt Psychotherapie!“ auch wirklich zu folgen.

Das Rahmenthema fordert Interessierte auf, Ihre Vernetzungsarbeit in der jeweiligen Praxis darzustellen. Dabei sind folgende Schwerpunktsetzungen denkbar:

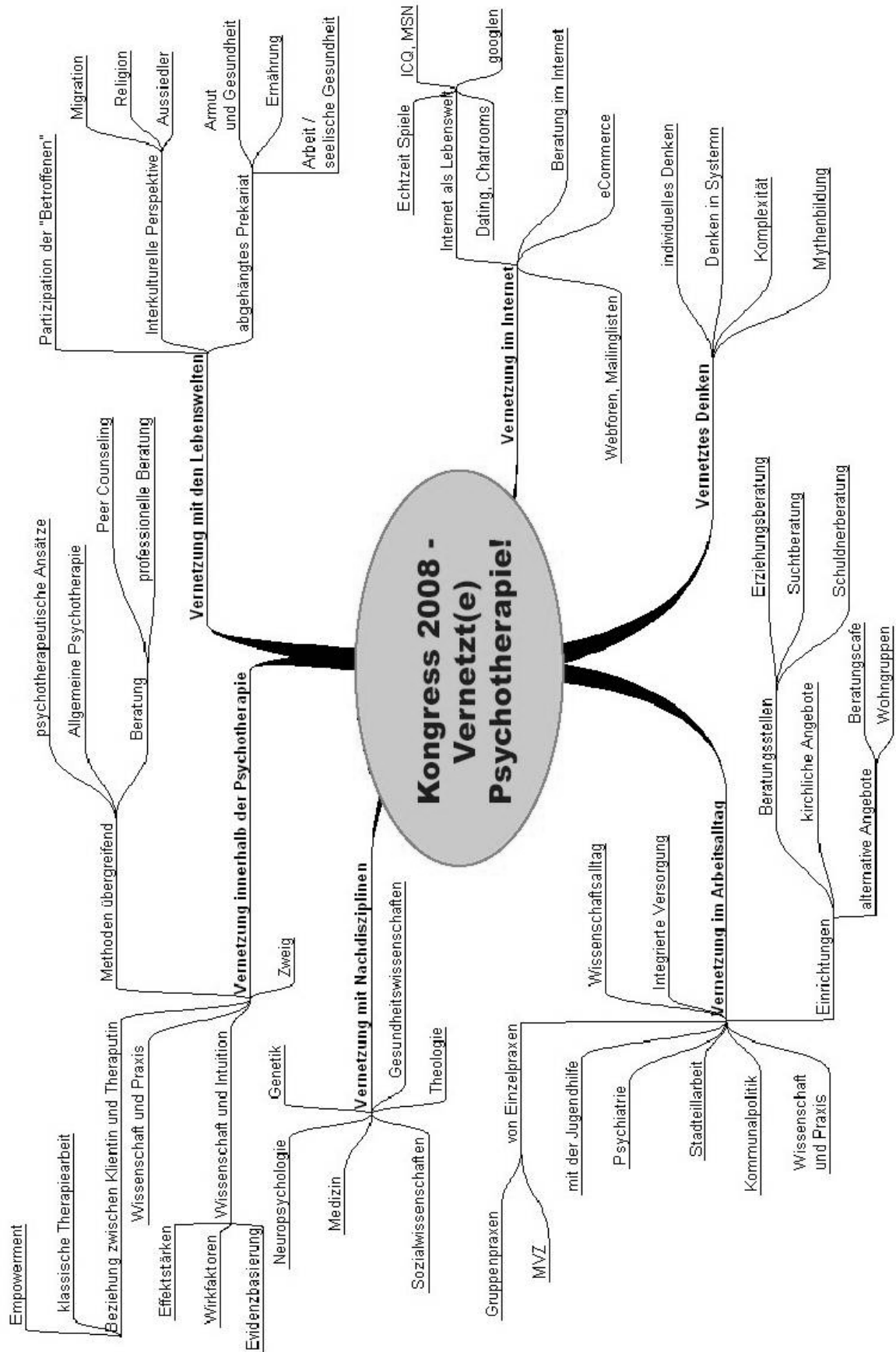
- Ø Vernetzungen innerhalb der Psychotherapie: Die Verknüpfung von unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen, die Entwicklung hin zu einer Allgemeinen Psychotherapie, die Verknüpfung von wissenschaftlich evaluierten Methoden und einer eher intuitiven Herangehensweise seien beispielhaft benannt.
- Ø Vernetzungen der Psychotherapie mit Nachbardisziplinen (Hirnforschung, Medizin, Sozialwissenschaften) laden zu spannenden Beiträgen und Symposien ein, im Rahmen derer die Integration der Erkenntnisse der jeweils anderen Disziplin dargestellt und diskutiert werden können.
- Ø Auf einer dritten Ebene können die Vernetzungen im (beruflichen) Alltag dargestellt und beschrieben werden. Es existieren bereits einige Beispiele aus dem Arbeitsalltag, die zeigen, wie eine solche Vernetzung angestrebt und umgesetzt werden kann und welche Vorteile oder auch Anstrengungen sich daraus für alle Beteiligten ergeben.

Ø Die Vernetzung mit den einzelnen menschlichen Lebenswelten, die zunehmend differenzierter, damit einhergehend aber auch ungleicher werden, stellt eine besondere Herausforderung für die Psychotherapie und Beratung dar. Beispielhaft genannt seien die Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen, von Menschen in prekären Lebenslagen und mit Migrationshintergrund. In Anknüpfung an den Kongress des Jahres 1994 mit dem Leitthema „Ausgrenzen – Eingrenzen – Entgrenzen“ sind besonders Beiträge erwünscht, die die Möglichkeiten einer interkulturellen Arbeit zur Unterstützung von Menschen mit einem Migrationshintergrund fördern.

Ø Die Vernetzung im und durch das Internet war sicherlich ein Ausgangspunkt der „Vernetzungsdebatte“. Es gibt schon seit einiger Zeit erste psychotherapeutische und beratende Angebote im Internet. Eine Diskussion der Vor- und Nachteile dieser Hilfen auf neuen Wegen im Rahmen von Symposien und Vorträgen ist erwünscht.

Schließlich kann das komplexe Denken selbst - das vernetzte Gehirn – Gegenstand der Reflexion in verschiedenen Kongressbeiträgen sein. Dabei sind auch Beiträge willkommen, die sich kritisch mit dem Vernetzungsgedanken beschäftigen.

Im Sinne einer möglichst umfassenden Vernetzung sind besonders Beiträge erwünscht, die verschiedene Themen verknüpfen wie beispielsweise die Verbindung von Beratung durch Peer Counseling mit dem Empowermentansatz und den psychotherapeutischen Ansätzen zur „TherapeutInnen – KlientInnen Beziehung“. Die im Folgenden abgedruckte Mindmap kann Hinweise für solche Vernetzungsbeispiele geben:



## Tagungsankündigungen

Die Inhaltliche Planungsgruppe für den 17. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung möchte alle Interessierten einladen, uns ihre ersten Gedanken und Überlegungen zu diesen Themen vorzutragen. Der Kongress wird seine gewohnte Struktur mit:

- Ø Symposien
- Ø Referaten
- Ø Postern
- Ø Workshops
- Ø Round-Tables

haben. In den Symposien wird ein spezifisches Thema aus unterschiedlichen Blickwinkeln – in der Regel durch verschiedene Referate – dargestellt und beleuchtet. Dabei sind kontroverse Beiträge erwünscht. Ein Symposium dauert einen halben Tag. Auf dem Kongress werden voraussichtlich maximal sechs Symposien parallel angeboten.

Personen, die ein Symposium organisieren möchten, können entweder

- Ø selbst andere Personen ansprechen, um ein Thema zu bearbeiten. Dabei sollten nicht alle Referentinnen oder Referenten aus derselben Institution kommen, sondern das Symposium soll auch dem Vernetzungsgedanken Rechnung tragen und Personen mit unterschiedlichen Perspektiven präsentieren; oder
- Ø einen Ausschreibungstext für das geplante Symposium formulieren, zu dem andere Personen aufgrund der Ausschreibung im nächsten Aufruf zur Mitarbeit einen Beitrag anmelden können.

**Referate** sind immer Teil eines Symposiums, sie sollten maximal 20 Minuten dauern.

Die Nutzung von Medien für das bessere Verständnis ist erwünscht.

**Poster** sind eine Alternative zum Referat; sie werden während des gesamten Kongresses aufgehängt und bei der Posterpräsentation – voraussichtlich am Montag – in einem knappen zweiminütigen Vortrag

vorgelegt. Geplant ist die Prämierung der besten Poster; Kriterien sind: Inhalt, Bezug zum Kongress-thema, Gestaltung und Lesbarkeit.

**Workshops** vermitteln praktische Fertigkeiten in rund 3,5 Zeitstunden. In der Anmeldung des Workshops muss dargestellt sein, welche Fertigkeiten den Teilnehmenden auf welche Weise vermittelt werden sollen. Erwünscht sind praxisorientierte Angebote.

**Round-Tables** sind Foren zum Austausch von Erfahrungen zwischen den KongresssteilnehmerInnen zu einer bestimmten Fragestellung oder zu einem bestimmten Thema.

Das geplante Input-Referat sollte 15 Minuten nicht überschreiten. Diese Arbeitsgruppen können auch spontan auf dem Kongress gebildet werden, wenn eine Diskussion in einem Symposium vertieft werden soll.

Vorrangig sind wir zunächst an Vorschlägen für Symposien interessiert, für die dann über eine zweite Ausschreibung Beiträge gesucht werden. Ihre Vorschläge für ein Symposium sollten Sie bis 28. Februar 2007 per Internet anmelden. Das Anmeldefor- Anmeldeformular für Kongressbeiträge finden Sie auf der DGVT-Homepage unter [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de).

Auf viele spannende und anregende Vorschläge zur inhaltlichen Ausgestaltung des Kongresses freut sich die Inhaltliche Kongressplanungsgruppe:

*Andrea Benecke, Waltraud Deubert, Hubert Kötter, Joachim Kosfelder, Karen Krause, Bernhard Scholten, Katrin Thiemann, Birgit Wich-Knoten*

### Kontakt

- \* DGVT, Postfach 1343, 72003 Tübingen, Tel.: 07071 943494, Fax: 07071 943435, Internet: [www.dgvt.de](http://www.dgvt.de), E-Mail: [kongress@dgvt.de](mailto:kongress@dgvt.de)

## COMMUNITY, WORK & FAMILY CONFERENCE: Making the Connections in a Global Context

12th-14th April, 2007, Lissabon, Portugal

The links between community, work and family have generated widespread interdisciplinary and global interest and now constitute an important area of study in the social sciences, with major implications for a range of professionals and policy makers.

The **First International Community, Work and Family Conference**, which took place in Manchester in March 2005, and recent issues of the journal *Community, Work & Family*, have highlighted the important connections between the areas of community, work and family, and between countries connected in the Global context. At the local level, connections between the local communities, families and work are also important. The connections, and disconnections, between policy and practice are also frequently debated.

The second International Conference will be hosted by CIES-ISCTE and will take place in **Lisbon, Portugal**. It will again provide a forum for social scientists and practitioners to share research, experiences and ideas and to stimulate debate on current issues and controversies relating to community, work and family and their interface. There will be a

particular focus on connections and disconnections at all levels and from multiple perspectives.

Conference Themes Migration and Citizenship; Risk and Uncertainty; Well-being and Quality of Life; Globalisation and Change: Europe in the World; Ageing, Demographic Change and Intergenerational Relations; Work and Personal Life Integration; Community Participation; Diversity, Inclusion and Marginalisation.

More information under:

<http://cwf2007.cies.iscte.pt/index.html>.



## 16. Workshoptagung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.: **Emotionen in der Psychotherapie**

vom 17.-19. Mai 2007 in Tübingen

Liebe Kollegen und liebe Kolleginnen,  
die Aus- und Weiterbildungskommission lädt Sie zur **16. Workshoptagung der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie in Tübingen** ein ([www.dgvt.de](http://www.dgvt.de)). Das Schwerpunktthema lautet „Emotionen in der Psychotherapie“. Die **Workshops** im Jahr 2007 umfassen jeweils zehn Unterrichtseinheiten und Sie haben die Möglichkeit an zwei verschiedenen Workshops teilzunehmen. Geplant sind insgesamt 16 verschiedene

Workshops, die zu einem konstruktiven, schulen- und berufsgruppenübergreifenden Austausch einladen und einen besonderen Bezug zum Schwerpunktthema haben.

Die **Fallseminare** laden zu einer Reflektion der eigenen therapeutischen und beraterischen Praxis ein – in kleinen Gruppen und unter fachlicher Anleitung. Traditionell wird die Workshoptagung von einem informativen **Rahmenprogramm** zu Themen wie rechtlichen Fragen, Versicherungsschutz,

## Tagungsankündigungen

Qualitätsarbeitskreisen, Büchertisch und Länder-treffen begleitet. Angesichts der Jahreszeit sind erstmalig – ganz erlebnisorientiert und emotionsgeleitet – Stadtführungen und Unternehmungen auf den legendären Tübinger Stocherkähnen mit eingeplant. Wir erwarten Kollegen und Kolleginnen aus den verschiedenen Berufsfeldern im Gesundheits- und Sozialbereich.

Neu ist die **Online-Anmeldung** unter **[www.dgvt.de](http://www.dgvt.de)**, hier finden Sie auch ausführlichere Informationen zur Veranstaltung.

Ab 1. März werden die Workshopzusagen versandt sowie weitere Informationen zum Rahmenprogramm. Wir freuen uns auf ihr Kommen!

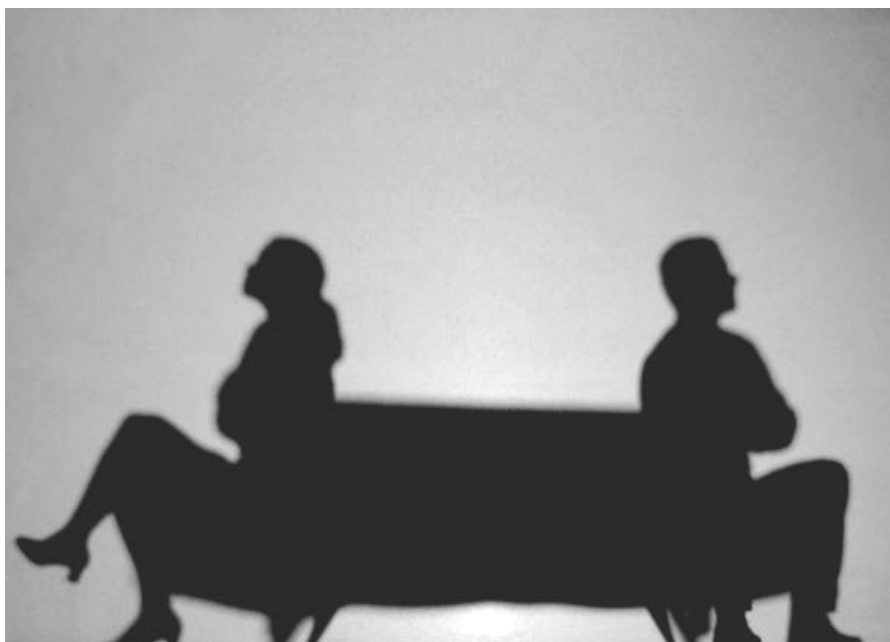
Hubert Kötter & Gerd Per & Judith Schild &  
Claudia Ruff & Anke Tolzin

## Organisation und Anmeldung

Für Ihre Fragen zur Workshoptagung in Tübingen sind wir für Sie schriftlich, telefonisch, per Fax oder via Internet zu erreichen.

- \* Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e. V., Referat für Aus- und Weiterbildung, Postfach 13 43 | 72003 Tübingen, Tel.: 0 70 71 - 94 34 34 | Fax: 0 70 71 - 94 34 35, E-Mail: [awk@dgvt.de](mailto:awk@dgvt.de), Homepage: [www.dgvt.de/](http://www.dgvt.de/)  
[16\\_Workshoptagung\\_der\\_DGVT\\_20.2595.0html](#)

Hotelinformationen: [www.tuebingen-info.de](http://www.tuebingen-info.de),  
[mail@tuebingen-info.de](mailto:mail@tuebingen-info.de)





# AUS DER POLITIK

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) e.V.



## Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV 2006

Stand 6. November 2006

### Vorbemerkung

Die DGVT erkennt ausdrücklich an, dass der Entwurf einige Vorschläge umfasst, die die gesundheitliche Versorgung verbessern und wirtschaftlicher gestalten sollen. Wir teilen auch in wesentlichen Punkten die Einschätzung der Bundesregierung, dass das deutsche Gesundheitswesen durch eine qualitativ hochwertige Versorgung gekennzeichnet ist.

Allerdings beinhaltet die Einführung des Gesundheitsfonds auch beträchtliche finanzielle Risiken für die Versicherten. Die vorgesehene Einführung des Zusatzbeitrages belastet die gesetzlich versicherten PatientInnen zusätzlich zu ihren Beiträgen und den jetzt bereits privat zu tragenden Aufwendungen (Praxisgebühr, Zuzahlungen, Eigenleisten für nicht mehr erstattete Kosten). Anstatt die Finanzierungsgrundlage solidarisch zu erweitern durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, Anhebung der Versicherungspflichtgrenze sowie die Einbeziehung aller Einkommen, werden auf diese Weise gerade die sozial Schwachen (Geringverdiener, Rentner, Erwerbslose und Familien/Alleinerziehende) belastet.

Bereits die Gesundheitsreform 2004 hat mit der Einführung der Praxisgebühr, der Streichung von Leistungen, der Ausweitung der Zuzahlungen und der im Jahr 2005 erfolgten Einführung eines Sonderbeitrags von 0,9 % die gesetzlich Versicherten einseitig belastet, zumal sich im gleichen Zeitraum die Realeinkommen verringert haben.

### Im Einzelnen

#### § 5 *Versicherungspflicht*

Wir begrüßen, dass künftig Menschen ohne Krankenversicherung wieder eine Absicherung im Gesundheitssystem erhalten und hierfür die erforderlichen gesetzlichen Grundlagen geschaffen werden.

#### § 11 *Leistungsarten*

Die DGVT beurteilt das Ziel, Schnittstellenprobleme anzugehen und darauf hinzuwirken, dass PatientInnen ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege ermöglicht wird, positiv.

#### § 20 *Prävention und Selbsthilfe*

So sehr es zu begrüßen ist, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, so ist doch insgesamt der Ausbau der Prävention zu einer weiteren Säule der gesundheitlichen Versorgung erforderlich. Die hier vorgesehenen Regelungen greifen zu kurz.

§ 20 c „Förderung der Selbsthilfe“ entspricht weitestgehend dem Vorschlag aus dem Entwurf des Präventionsgesetzes. Allerdings ist davon auszugehen, dass die am 11. Mai 2006 von den Spitzenverbänden der GKV verabschiedeten neuen „Grundsätze der gesetzlichen Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe“ dem Willen des Gesetzgebers widerspricht und die Möglichkeiten der Selbstorganisation der Selbsthilfe einschränken. Die Beteiligungsmöglichkeiten der maßgeblichen Spitzenor-

ganisationen der Selbsthilfe sind im vorliegenden Gesetzentwurf zu stärken.

Positiv bewerten wir auch, dass Versicherte künftig einen Pflichtanspruch auf Schutzimpfungen durch die Krankenkassen erhalten sollen.

#### **§ 24 Medizinische Versorgung für Mütter und Väter**

Die DGVT begrüßt die Absicht, die Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen von Ermessens- in Pflichtleistungen zu überführen und die Aufwendungen hierfür in den Risikostrukturausgleich einzubeziehen, um dadurch den Stellenwert dieser Leistungen und den Anreiz für die Krankenkassen zu erhöhen.

#### **§ 37 Ambulante Palliativversorgung**

Die Sicherstellung der Palliativversorgung im ambulanten Bereich wird begrüßt. Wenn allerdings der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Festlegungen zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit anderen Akteuren trifft, dann müssen Leistungserbringer auch in den entsprechenden Beratungsgremien des G-BA mit Sitz und Stimme eingebunden werden.

#### **§ 52 Leistungsbeschränkungen bei Selbstverschulden**

Die Einführung einer verschuldensabhängigen Leistungsgewährung bzw. Leistungsverweigerung wird von uns aus grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt.

Sie schafft ein Einfallstor für künftige weitere Leistungsausgrenzungen.

#### **§ 62 Belastungsgrenzen**

Mit dieser Neuregelung soll die Belastungsgrenze von 1 % nur noch für chronisch kranke Menschen gelten, die in den vergangenen Jahren Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 SGB V in Anspruch genommen haben, die an einem indikationsbezogenen Disease-Management-Programm nach § 137 f SGB V teilnehmen oder sich nach ärztlicher Bescheinigung therapiegerecht verhalten.

Wie bereits mit dem § 52 erfolgt auch hier die Einführung einer verschuldensabhängigen Leistungs-

gewährung. Die DGVT lehnt dies ab, da u. E. gerade im Hinblick auf eine damit verbundene extreme Benachteiligung von Bevölkerungsgruppen in prekären Lebensverhältnissen Vorschub geleistet wird.

#### **§ 65 Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung**

Die unabhängige Patienten- und Verbraucherberatung ist ein unverzichtbares Angebot in unserem Gesundheitswesen. Die DGVT ist deshalb der Meinung, dass ein Angebot von unabhängiger Patienten- und Verbraucherberatung nach Ablauf der Modellphase in die Beratungs- und Versorgungslandschaft integriert werden muss.

Die Finanzierungsverantwortung hierfür sollte aufgeteilt werden unter den Krankenkassen, der öffentlichen Hand und anderen Versicherungsträgern und Organisationen.

#### **§ 73 Hausarztzentrierte Versorgung**

Die Stärkung des Hausarztprinzips ist grundsätzlich zu begrüßen. Im Hinblick auf die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist allerdings zu bedenken, dass hier die Schwelle des Zugangs zum Psychotherapeuten nicht erhöht werden darf. Das Erstzugangsrecht zum Psychotherapeuten ist weiterhin zu gewährleisten.

#### **§ 85 Gebührenordnung und Vergütung**

Durch die neuen Paragraphen 85a Abs.1 und 85b Abs. 1 SGB V wird ab 1. Januar 2009 der bisherige § 85 außer Kraft gesetzt. Hierdurch wird auch der im bisherigen SGB V eigens zum Schutz der Psychotherapeuten im Abs. 4 eingefügte Satz 4 wirkungslos.

Der bisherige Text lautete:

*„Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu*

*treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten.“*

Zum Erhalt des für die Psychotherapeuten notwendigen Schutzes ist es erforderlich, an verschiedenen Stellen des GKV-WSG das Gebot zur angemessenen Vergütung zu verankern. Wir verweisen hier auf die Stellungnahme der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände (GK II vom 30.10.2006).

### **§ 87**

Das GKV-WSG sieht auch für den fachärztlichen Bereich eine weitgehende Pauschalierung der Leistungen vor. Dies ist aus inhaltlichen und fachlichen Gründen für den Bereich der Psychotherapie nicht möglich. Deshalb wurden bisher fast alle Leistungen der Psychotherapie mit einer fest definierten Zeit versehen.

Die zeitgebundenen Leistungen der Psychotherapie sollten von der Pauschalierung ausgenommen werden (siehe Stellungnahme der psychotherapeutischen Berufs- und Fachverbände im GK II vom 30.10.2006).

### **§ 92 Gemeinsamer Bundesausschuss**

Die vom Gesetzgeber angestrebte Verbesserung der Arbeitsabläufe im G-BA kann u. E. mit den vorgesehenen Änderungen durch die Besetzung durch hauptamtliche MitarbeiterInnen nicht erreicht werden. Bei der Umgestaltung des G-BA ist zu berücksichtigen, dass zumindest die Unterausschüsse des G-BA sektorübergreifend und multidisziplinär besetzt werden sollten. Dazu gehört auch, dass die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiterhin mit Sitz und Stimme vertreten sind, da der G-BA in seinen Richtlinien wesentliche Festlegungen zu diesem Themenkomplex trifft, was nur unter Einbeziehung der entsprechenden Leistungserbringer fachlich möglich ist (vgl. auch Stellungnahme zu § 37).

Ferner vertreten wir die Auffassung, dass die Stellung und Pluralität der Patientenvertreter abzuschern ist.

### **§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung**

Abweichend von der für approbierte Heilberufe generell geltenden Fortbildungspflicht der ambulanten Versorgung, regelt der Gesetzgeber für den stationären Bereich die Fortbildungspflicht nur für Fachärzte. Eine zum ambulanten Bereich parallele Regelung ist sinnvoll, zum einen aufgrund des Versorgungsanteils der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der stationären Versorgung, zum anderen mit Blick auf die Personalsituation in den Krankenhäusern. Unterschiedliche Regelungen von Rechten und Pflichten für die im stationären Bereich tätigen Gesundheitsberufe erschweren die notwendige berufsgruppenübergreifende Kooperation.

### **§ 140 Integrierte Versorgung**

Die Bestrebungen, die sektorale Abschottung der einzelnen Versorgungssysteme zu überwinden, werden ausdrücklich begrüßt. Die beabsichtigte Einbindung der Pflegeversicherung in die Integrierte Versorgung wird unterstützt.

Die DGVT begrüßt, dass der Bericht über die Entwicklung der Integrierten Versorgung zukünftig auch Informationen über Inhalt und Umfang der Verträge enthalten soll. Dies ist ein erster Schritt zu mehr Transparenz, der jedoch als Verpflichtung der Berichtersteller formuliert werden sollte.

### **§ 242 Individueller Zusatzbetrag**

Die Einführung eines Zusatzbetrages, den die Krankenkassen monatlich vom Versicherten zusätzlich erheben dürfen, wenn die Kostendeckung aufgrund der nicht ausreichenden Mittel aus dem gemeinsamen Fonds nicht gegeben ist, wird von der DGVT abgelehnt. Diese Regelung führt insbesondere bei Menschen mit geringem Einkommen zu nicht hinnehmbaren Mehrbelastungen.

### **Versicherungsaufsichtsgesetz**

Die Einführung des PKV-Basistarifs wird von der DGVT begrüßt. Er könnte die Diskriminierung psychisch kranker Menschen in der PKV begrenzen. Der Umfang psychotherapeutischer Leistungen in der PKV ist im Vergleich zur GKV bisher bei vielen Versicherungen geringer. Es ist zu begrüßen, dass nach dem Regierungsentwurf Privatversicherte bei psychischen Erkrankungen vergleichbare Leis-

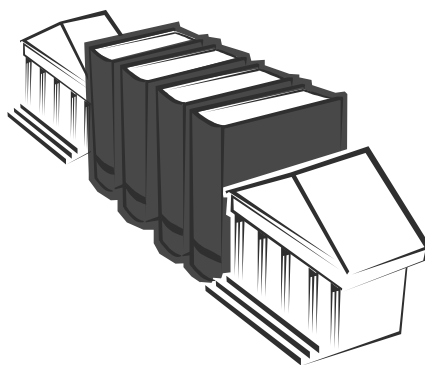
## Aus der Politik

tungsansprüche wie GKV-Versicherte haben sollen. Das dies tatsächlich gewährleistet wird, sollte in **§ 12 eingefügt werden:**

*„Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen.....“*

Zur **Klarstellung** sollte die entsprechende **Gesetzesbegründung** auf **Seite 566 am Ende** allerdings **ergänzt** werden um folgenden Passus:

*„Die in Satz 1 verankerte Vergleichbarkeit der Vertragsleistungen beinhaltet auch die Leistungserbringung durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.“*



## Grünbuch der europäischen Kommission zur Förderung psychischer Gesundheit

Im Rahmen der offenen Konsultationen zum im Oktober 2005 vorgelegten Grünbuch der europäischen Kommission gingen 237 Stellungnahmen (auch eine von der GGFP) bei der europäischen Kommission ein. Diese Stellungnahmen wurden ausgewertet. Insbesondere wurde in diesen Stellungnahmen auf die Notwendigkeit einer europäischen Strategie zur Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen hingewiesen. Der europaweite Abbau von Stigmatisierungen von und Vorurteilen gegenüber psychisch erkrankten Menschen wird in den Stellungnahmen ebenfalls gefordert. Eine Verbesserung des Versorgungssystems wird angemahnt, auf Forschungslücken wird hingewiesen und eine bessere Zusammenarbeit von Forschung und Politik eingefordert.

Auf der Internetseite der EU-Kommission ([http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/consultation\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm)) gibt es

sowohl alle Stellungnahmen, einen Bericht zur Auswertung der Stellungnahmen sowie Hinweise auf die weitere Bearbeitung des Themas durch die EU-Kommission.



## **Annahme der UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderung**

Die Generalversammlung der UNO nahm die Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderung an. Der scheidende UN-Generalsekretär Kofi Annan spricht von dem Beginn einer neuen Ära für die weltweit 650 Millionen Menschen mit Behinderungen. Durch diese Konvention sollen Menschen mit Behinderung weltweit uneingeschränkte Teilhabe am sozialen und politischen Leben erhalten. Diskriminierende Gesetze müssen außer Kraft gesetzt

und diskriminierende Verhaltensweisen unterbunden werden.

Nach der Annahme durch die Generalversammlung muss die Konvention von mindestens zwanzig Mitgliedsstaaten der UNO ratifiziert werden, damit sie endgültig in Kraft tritt.

Mehr zu den Inhalten der UN-Konvention sowie Stellungnahmen verschiedener Organisationen findet sich auf folgender Webseite: [www.crin.org](http://www.crin.org)



## NEUES AUS DEM INTERNET

- : **www.ungesundleben.de**  
Ein offenes Forum, das sich kritisch mit den Gesundheitsforderungen unserer Zeit auseinandersetzt.  
In der Selbstbeschreibung heißt es unter anderem: „Diese Internetsite ist für Menschen, die erzwungenermaßen oder freiwillig oder nach dem herrschenden Verständnis "ungesund leben". Sie soll dazu beitragen, ein paar Türen im öffentlichen Gesundheitsdiskurs zu öffnen - sowohl praktisch als auch ideell.“
- : **www.medico-international.de/**  
Gemeinsam mit sozialen und politischen Initiativen setzt sich medico international für eine radikale Wende in der globalen Medikamentenpolitik ein.
- : **www.gesundheitsinformation.de**  
Dies ist die Internetseite des IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)
- : **www.egms.de/de**  
GMS German Medical Science - ist ein interdisziplinäres E-Journal für den Gesamtbereich der Medizin, das sich an alle richtet, die an und mit wissenschaftlichen Publikationen arbeiten. Veröffentlicht werden Original- und Übersichtsarbeiten, die ein Begutachtungsverfahren (Peer Review) durchlaufen haben. Auf dieser Seite finden sich auch links zu anderen online-Zeitschriften.
- : **www.mythos-krebsvorsorge.de**  
Auf dieser Internetseite finden sich Informationen zu dem Thema Krebsvorsorge sowie zahlreiche Links zum Thema Epidemiologie und Behandlung von Krebs.
- : **[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/consultation\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/consultation_en.htm)**  
Hier finden sich alle Stellungnahmen zum Grünbuch Förderung psychischer Gesundheit
- : **<http://www.gnmh.de/>**  
Dies ist die Seite des Deutschen Netzwerkes für seelische Gesundheit



## NEUE BÜCHER UND VERÖFFENTLICHUNGEN

- & DAG Selbsthilfegruppen (Hrsg.)  
Selbsthilfegruppenjahrbuch 2006.
- # Mit Beiträgen zur Beteiligung der Selbsthilfe in der Gesundheits- und Sozialpolitik und mit Fachvorträgen der Jahrestagung 2005 "Selbsthilfe und Familie". Es ist auch als pdf unter [http://www.dag-selbsthilfegruppen.de/site/data/DAGSHG\\_shgJahrbuch2006.pdf](http://www.dag-selbsthilfegruppen.de/site/data/DAGSHG_shgJahrbuch2006.pdf) verfügbar.
- & Seckinger, Mike (Hrsg.) (2006). Partizipation – ein zentrales Paradigma. Analysen und Berichte aus psychosozialen und medizinischen Handlungsfeldern, Bd.: 13, 192 Seiten, Tübingen: dgvt Verlag, ISBN: 3-87159-613-2.
- # In diesem Reader werden disziplin- und handlungsfeldübergreifend Antworten auf die Frage gesucht, wie es in den pädagogischen, psychologischen und medizinischen Handlungsfeldern gelingen kann, die Autonomie sowie die Wünsche und Bedürfnisse *der Adressaten* zu achten. Beteiligung und Selbstbestimmung ist auch für hilfebedürftige Menschen sicherzustellen. Bisher stehen die unterschiedlichen Diskurse noch zu unverbunden nebeneinander.
- & Wohlfart, E., Zaumseil, M. (Hrsg.) (Sept. 2006). Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie – Interdisziplinäre Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. Preis: 69.95 Euro (Ladenpreis), 420 S., ISBN-13: 9783540327752.
- # Kulturelle Unterschiede wahrnehmen und danach handeln. Das Thema "Kulturen" ist aktueller denn je – und macht auch vor Kliniken und Praxen nicht Halt. Besonders bei psychischen Erkrankungen muss, schon aus biografischen Gründen, der kulturelle Hintergrund besonders interessieren. Wie aber mit Patienten aus anderen – völlig fremden – Kulturkreisen umgehen? Was muss man beachten?
- "Transkulturelle Psychiatrie" beschäftigt sich mit allen Facetten der Problematik. Hier treffen internationale Autoren aus Ethnologie, Anthropologie, Psychoanalyse, Ethnopsychiatrie und Kulturwissenschaften zusammen und geben so der transkulturellen Psychiatrie und Psychologie ein Gesicht.
- Sowohl klinisch tätige Psychiater und Psychologen als auch Studierende erhalten durch dieses Buch einen multiperspektivischen Blick. Und das nicht nur für die theoretischen Wissensgebiete, sondern auch ganz explizit für die Praxisfelder einer transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Wesentlich für Leser ist die enge Verzahnung zwischen Theorie und Praxis.



## Neue Bücher und Veröffentlichungen

- & Wolff, Mechthild & Hartig, Sabine (2006): Beteiligung von Kindern und Jugendlichen in der Heimerziehung. Empfehlungen des Projektes „Beteiligung – Qualitätsstandard für Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung“. Herausgegeben vom Sozialpädagogischen Institut im SOS-Kinderdorf e.V. München: Eigenverlag
- # Die Broschüre präsentiert kompakt Ergebnisse des Projektes „Beteiligung – Qualitätsstandard für Kinder und Jugendliche in der Heimerziehung“ in Form von Empfehlungen für Professionelle und für Einrichtungen der stationären Erziehungshilfe. Das Projekt wurde in Kooperation zwischen dem SOS-Kinderdorfverein und der Internationalen Gesellschaft für erzieherische Hilfen (IGfH) an

der Fachhochschule Landshut durchgeführt und bildete den deutschen Beitrag zu der europaweiten Initiative „Quality4children“. Ziel des Projektes war es, die Qualität von Beteiligung in der Heimerziehung aus der Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer zu definieren und mit Jugendlichen gemeinsam zu erarbeiten, was aus ihrer Sicht gelingende Beteiligung in der Praxis der Heimerziehung ausmacht.

Die zweisprachige Broschüre (Deutsch und Englisch) umfasst 42 Seiten und ist über das Sozialpädagogische Institut im SOS-Kinderdorf e.V., Renatastraße 77, 80639 München, kostenlos erhältlich.





# ABSTRACTS AUS GEMEINDEPSYCHOLOGISCH ORIENTIERTEN ZEITSCHRIFTEN

## American Journal of Community Psychology

**Sutton, Sharon-E.; Kemp, Susan-P. (2006). Integrating Social Science and Design Inquiry Through Interdisciplinary Design Charrettes: An Approach to Participatory Community Problem Solving. *American Journal of Community Psychology*, Vol 38(1-2) Sep 2006, 125-139.**

Interdisciplinary collaborations that aim to facilitate meaningful community outcomes require both the right mix of disciplinary knowledge and effective community participation, which together can deepen collective knowledge and the capacity to take action. This article explores three interdisciplinary design charrettes, intensive participatory workshops that addressed specific community problems and provided a context for integrating design and social science inquiry with local community knowledge. Evaluation data from the charrettes shed light on how students from the design and social science disciplines experienced the charrettes, and on their interactions with community members. Key advantages to this interdisciplinary, community-based collaboration included expanded knowledge derived from the use of multiple modes of inquiry, particularly the resulting visualization tools that helped community members understand local issues and envision novel solutions. Key drawbacks included difficulties in balancing the two disciplines, the tendency for social scientists to feel out of place on designers' turf, and the increased disciplinary and interpersonal conflicts arising from a more diverse pool of participants.

**Suarez-Balcazar, Yolanda; Hellwig, Maureen; Kouba, Joanne; Redmond, LaDonna; Martinez, Louise; Block, Daniel; Kohrman, Claire; Peterman, William (2006). The Making of an Interdisciplinary Partnership: The Case of the Chicago Food System Collaborative. *American Journal of Community Psychology*, Vol 38(1-2) Sep 2006, 113-123.**

Interdisciplinary partnerships foster innovation to address pressing social problems. This paper describes an interdisciplinary partnership called the Chicago Food System Collaborative (CFSC) composed of a team of partners from four academic institutions and three community-based organizations representing a total of eight disciplines that included: community development and community organizing, community psychology, geography, nursing, nutrition, public health, sociology, and

urban planning and policy. Partners came together to address the issue of access to healthy foods and nutrition in a working class African American neighborhood. We analyze and discuss the core principles that guided the partnership and its impact across three dimensions: understanding through interdisciplinary action research, building capacity, and facilitating innovations in practices and policies. Despite the challenges of interdisciplinary partnerships, the potential benefits and impact of such efforts reflect their value as a comprehensive approach to addressing complex social problems.

**Schensul, Stephen-L; Nastasi, Bonnie-K; Verma, Ravi-K (2006). Community-Based Research in India: A Case Example of International and Transdisciplinary Collaboration. *American Journal of Community Psychology*. Vol 38(1-2) Sep 2006, 95-111.**

While there has been a trend toward greater disciplinary collaboration over the last several decades, the emergence of the HIV pandemic has required that disciplines work more closely and creatively to generate the multiple and innovative approaches necessary to meet the demands for effective prevention and treatment. This paper describes the nature of collaborative relationships among U.S. and Indian anthropologists, psychologists, demographers, epidemiologists, physicians and representatives of other fields and sectors in conducting a large scale, multi-year HIV/STD prevention project directed toward married men in urban poor communities in Mumbai (Bombay), India. The project has challenged members of the participating disciplines to develop a transdisciplinary conceptual model, to test the model with community-based formative research and to utilize the results in the development and implementation of a multi-level (community, provider and patient) intervention. The paper describes the interaction among disciplines and international sectors in the conceptualization, methodology and community-based action components of the project. In addition, it examines both the inhibiting and facilitating factors that are a part of the collaborative process. The paper concludes with implications for future transdisciplinary partnerships.

**Schensul, Jean-J; Robison, Julie; Reyes, Carmen; Radda, Kim; Gaztambide, Sonia; Disch,**

**William (2006). Building Interdisciplinary/Intersectoral Research Partnerships for Community-Based Mental Health Research with Older Minority Adults. *American Journal of Community Psychology*. Vol 38(1-2) Sep 2006, 79-93.**

Community-based research often brings investigators from different disciplinary backgrounds together with community representatives to conduct research on topics of mutual concern. This paper describes a case example that illustrates an interdisciplinary/intersectoral study of depression and barriers to mental health care among older adults and illustrate the factors central to implementing a successful research partnership. It will address the following conditions that facilitate and challenge interdisciplinary/intersectoral research: (1) achieving commonality of purpose in study design and research and referral approaches; (2) ensuring the ability to develop, field-test and implement psychometrically rigorous and culturally and qualitatively appropriate instruments; (3) building effective management structures for interdisciplinary/intersectoral research partnerships; and (4) identifying, training and supporting qualified researchers to carry out a mental health study with older ethnically diverse adults. The paper concludes with strengths and limitations of the approach.

**Stokols, Daniel (2006). Toward a Science of Transdisciplinary Action Research. *American Journal of Community Psychology*. Vol 38(1-2) Sep 2006, 63-77.**

This paper offers a conceptual framework for establishing a science of transdisciplinary action research. Lewin's (1951) concept of action research highlights the scientific and societal value of translating psychological research into community problem-solving strategies. Implicit in Lewin's formulation is the importance of achieving effective collaboration among behavioral researchers, community members and policy makers. The present analysis builds on Lewin's analysis by outlining programmatic directions for the scientific study of transdisciplinary research and community action. Three types of collaboration, and the contextual circumstances that facilitate or hinder them, are examined: (1) collaboration among scholars representing different disciplines; (2) collaboration among researchers from multiple fields and community practitioners representing diverse professional and lay perspectives; and (3) collaboration among community organizations across local, state, national, and international levels. In the present analysis, transdisciplinary action research is viewed as a topic of scientific study in its own right to achieve a more complete understanding of prior collaborations and to identify strategies for refining and sustaining future collaborations (and their in-

tended outcomes) among researchers, community members and organizations.

**Reich, Stephanie-M; Reich, Jennifer-A (2006). Cultural Competence in Interdisciplinary Collaborations: A Method for Respecting Diversity in Research Partnerships. *American Journal of Community Psychology*. Vol 38(1-2) Sep 2006, 51-62.**

There is growing recognition of the need by funding agencies, universities, and research units for interdisciplinary research to tackle complex societal problems that cannot be adequately addressed by single disciplines alone. Interdisciplinary collaboration capitalizes on a diversity of perspectives and practices that each discipline offers in hopes of providing innovative solutions to multifaceted problems. However, for interdisciplinary work to be effective, members of the collaboration must recognize that cultural differences exist between and within disciplines. This paper conceptualizes disciplines as cultural groups and advocates for culturally competent practices to facilitate interdisciplinary research and practice. Specifically, each participant in interdisciplinary collaborations must value diversity, develop the capacity for self-assessment, work towards understanding one's own disciplinary culture, and be sensitive to the dynamics inherent when cultures interact. Additionally, members of any interdisciplinary endeavor must be cognizant of power dynamics at play and avoid such things as tokenism, informal hierarchies, and disciplinary policing. Through awareness of one's own disciplinary culture and sensitivity to others, interdisciplinary research and practice may provide creative solutions to important problems.

**Davidson, Heather; Evans, Scot; Ganote, Cynthia; Henrickson, Jorie; Jacobs-Priebe, Lynette; Jones, Diana-L; Prilleltensky, Isaac; Riemer, Manuel (2006). Power and Action in Critical Theory Across Disciplines; Implications for Critical Community Psychology. *American Journal of Community Psychology*. Vol 38(1-2) Sep 2006, 35-49.**

Although critical scholarship and community psychology share similar aspirations, the links between them remain unexplored and under-theorized. In this article we explore the implications of critical scholarship in various specialties for the field of community psychology. To understand the contributions of critical scholarship to a theory of power and action for social change, we conducted a systematic analysis of a ten-year period of publications in seven journals associated with the critical scholarship tradition. We created precise criteria for the concepts of power and action and applied them to the publications. Results indicate an interesting paradox at play. Whereas community psychology is more action oriented than critical scholarship, its

actions fall short of challenging institutionalized power structures and the status quo; and whereas critical scholarship is more challenging of the status quo than community psychology in theory, it has failed to produce viable actions that challenge the status quo. We discuss the implications of this state of affairs for the development of a more critical community psychology.

**Yoshikawa, Hirokazu (2006). Placing Community Psychology in the Context of the Social, Health and Educational Sciences: Directions for Interdisciplinary Research and Action. *American Journal of Community Psychology*. Vol 38(1-2) Sep 2006, 31-34.**

Building on Maton, Perkins and Saegert's framework on inter-disciplinary work related to community psychology, this article addresses two questions about community psychology in the context of the social, health and educational sciences: (1) What can community psychology learn from other disciplines? and (2) What can community psychology uniquely contribute to other disciplines?

**Shinn, Marybeth (2006). External, Not Internal Challenges to Interdisciplinary Research. *American Journal of Community Psychology*. Vol 38(1-2) Sep 2006, 27-29.**

This commentary draws on personal experience with interdisciplinary collaborations to suggest that Maton, Perkins, and Saegert (see record 2006-12957-002) may overstate the challenges internal to interdisciplinary work groups. It supports their discussion of external challenges, and comments on the efforts they suggest to further interdisciplinary work.

**Smith, Janet-L. (2006). At a Crossroad: Standing Still and Moving Forward. *American Journal of Community Psychology*. Vol 38(1-2) Sep 2006, 23-25.**

Reading the article, "Community psychology at the crossroads: Prospects for interdisciplinary research" (Maton, Perkins & Saegert, see record 2006-12957-002), there is a sense that community psychology is at a crossroad with regard to being an interdisciplinary field. This paper aims to offer insight and guidance to proponents of interdisciplinary research in the community psychology field by drawing on experiences in urban studies, which shares similar origins and interdisciplinary claims.

**Maton, Kenneth-I; Perkins, Douglas-D; Saegert, Susan (2006). Community Psychology at the Crossroads: Prospects for Interdisciplinary Research. *American Journal of Community Psychology*. Vol 38(1-2) Sep 2006, 9-21.**

Effective engagement in interdisciplinary work is critical if community psychology is to achieve its promise as a field of ecological inquiry and social

action. The purpose of this paper and special issue is to help make the benefits of interdisciplinary community research clearer and to identify and begin to address its challenges. Although some areas of psychology (e.g., biological, cognitive and health) have made substantial interdisciplinary strides in recent decades, progress in community psychology (and related areas) is more modest. In this article we explore the prospects for expanding and improving interdisciplinary community research. Challenges include designs, measures, and analytical frameworks that integrate multiple levels of analysis from individuals through families, organizations, and communities to policy jurisdictions, and the complexities involved in simultaneously bringing together multiple disciplinary collaborators and community partners. Challenges to interdisciplinary collaboration common to all disciplines include the disciplinary nature of academic culture and reward structures, limited funding for inter-disciplinary work and uncertainties related to professional identity and marketability. Overcoming these challenges requires a synergy among facilitative factors at the levels of the interdisciplinary project team (e.g., the framing question; embedded relationships; leadership), the investigators (e.g., commitment to new learning; time to invest), and the external context (e.g., physical, administrative, economic and intellectual resources and support for interdisciplinary work). We conclude by identifying several exemplars of effective interdisciplinary collaborations and concrete steps our field can take to enhance our development as a vibrant community-based, multilevel discipline increasingly devoted to interdisciplinary inquiry and action.

**Maton, Kenneth-I; Perkins, Douglas-D; Altman, David-G; Gutierrez, Lorraine; Kelly, James-G; Rappaport, Julian; Saegert, Susan (2006). Community-Based Interdisciplinary Research: Introduction to the Special Issue. *American Journal of Community Psychology*. Vol 38(1-2) Sep 2006, 1-7.**

This special issue on community-based interdisciplinary research grew out of the work of the SCRA Interdisciplinary Task Force and an Interdisciplinary Working Conference held at Vanderbilt University in May, 2004. In this introduction to the special issue, the historical context for interdisciplinary underpinnings for community psychology theory, research, action and training is first depicted. This is followed by a brief description of the mission and work of the recent SCRA Interdisciplinary Task Force and the Interdisciplinary Working Conference. The introduction concludes with a brief summary of the papers in the two main sections of the special issue, Prospects and Perspectives (four scholarly papers and three commentaries) and Community-Based Interdisciplinary Ac-

tion-Research (four interdisciplinary action-research projects).

**Harrell, Shelly-P; Bond, Meg-A. (2006). Listening to Diversity Stories: Principles for Practice in Community Research and Action. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 365-376.**

Three broad Diversity Principles for Community Research and Action are described and offered as community psychology's contribution to the growing literature on multicultural competence in psychology. The principles are applicable to multiple dimensions of diversity including race, ethnicity, gender, sexual orientation, religion, disability, and social class. The diversity principles are illustrated with examples from the twenty-two diversity stories in the AJCP Special Issue on Diversity Stories in Community Research and Action. Each of the three diversity principles (Community Culture, Community Context, and Self-in-Community) are associated with a fundamental assumption, a process emphasis (descriptive, analytic, and reflective), a core question to engage, an orienting stance (informed compassion, contextualized understanding, and empowered humility), and three areas of focus. Taken together, the principles suggest the value of the overarching stance of connected disruption. It is suggested that applying the principles to community work in diverse settings will facilitate the process of bridging differences and enhance the relevance and effectiveness of our work.

**Small, Stephen-A; Tiwari, Geetika; Huser, Mary (2006). The Cultural Education of Academic Evaluators: Lessons from a University-Hmong Community Partnership. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 357-364.**

This article explores some of the lessons a university-based evaluation team learned while attempting to hire, retain, and work with staff members from a local Hmong community. These staff members were hired to assist a federally-funded community collaborative with implementing and evaluating a family strengthening program for Hmong families with adolescents. Over the course of two years, a succession of individuals were hired and resigned from a key staff position. These resignations occurred at critical points in the project, undermining a critical component of the program's evaluation. Through interviews, observations, self-reflection, and feedback from colleagues and reviewers, a better understanding of the reasons for these difficulties began to emerge. The challenges examined in this article help to illustrate some of the complexities faced by academics when conducting a community-based project with an underserved racial ethnic population. The article concludes by discussing some of the lessons learned and what

they might suggest for others doing similar types of work.

**Paxton, Keisha-Carr; Guentzel, Heather; Trombacco, Kellii (2006). Lessons Learned in Developing a Research Partnership with the Transgender Community. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 349-356.**

The challenge facing the authors was to develop a relationship with members of the Transgender community in a large urban city in order to develop research that would benefit this group. The situation is presented from the differing perspectives of the three women involved (one Transgender woman and two biological women); they provide their accounts of a meeting with key members of the Transgender community where the challenge became apparent. During the meeting, the issue of representation arose resulting in a discussion of whether the research agenda should be focused on a specific subgroup under the Transgender umbrella or be open to all members of this diverse and underserved group. Reflections on what was learned about the diversity of individuals under the Transgender umbrella and the lessons that helped them respond to the challenge are discussed.

**Miller,-Robin-Lin; Forte,-Draco; Wilson,-Bianca-Della-Marie; Greene,-George-J (2006). Protecting Sexual Minority Youth from Research Risks: Conflicting Perspectives. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 341-348.**

We describe the dilemmas we encountered in the informed consent process for an HIV prevention project targeting Black gay, bisexual, and non-gay identified young men. We highlight the complexities of applying informed parental consent procedures to sexual minority youth and identify some of the challenges that researchers who work with sexual minority youth face when they must balance the needs and rights of this population against the needs and rights accorded to parents by federal guidelines for protecting minor participants in research.

**Gone, Joseph-P (2006). Research Reservations: Response and Responsibility in an American Indian Community. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 333-340.**

Community action research among the Assiniboine and Gros Ventre tribes of the Fort Belknap Indian reservation in Montana was undertaken to identify the cultural grounds for innovative mental health service delivery. As an enrolled tribal member investigating these matters in my "home" community, however, I encountered a series of challenges and limitations emerging from respondent reservations about sharing personal experiences of diffi-

culty and distress, and the perceived means for redressing these. Focusing upon a difficult interview with a knowledgeable tribal elder, I enlist sociolinguistic analysis--the study of communicative norms governing who talks with whom about what (and under which conditions)--as one crucial means to making sense of this complex research encounter. Similar analyses would seem necessary to ensuring the cultural validity of research conclusions in cross-cultural action research more generally.

**Coppens, Nina-M; Page, Ruth; Thou, Tim-Chan (2006). Reflections on the Evaluation of a Cambodian Youth Dance Program. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 321-331.**

Evaluating a youth program whose goals are to provide instruction in Cambodian dance, increase awareness and pride in Cambodian culture, promote healthy behaviors, and create linkages within the community has been a challenge. A primary source of conflict was incorporating evaluation methods that were required of all funded programs with our own specifically tailored measures. One of our concerns was that the required tools were not culturally appropriate for our participants. Our experiences reinforce the importance of forming partnerships that embrace principles of respect, equity, and empowerment among all involved before establishing a research agenda. The choices we made and did not make contributed to our struggles and frustration and also to the insight that was gained. Our analysis examines the importance of clear communication, cultural awareness, tailoring evaluation, and meaningful participation. We believe that the lessons we learned will help facilitate the conduct of culturally sensitive community-based research.

**Brodsky, Anne-E; Faryal, Tahmeena (2006). No Matter How Hard You Try, Your Feet Still Get Wet: Insider and Outsider Perspectives on Bridging Diversity. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 311-320.**

Research in which the researcher and the participants come from different contexts and communities always presents challenges. This paper is based on qualitative, community-based research carried out by a U.S. researcher in Pakistan and Afghanistan with an underground Afghan women's humanitarian and political organization. Written from the perspectives of two authors, one an organization insider and the other the outside researcher, it presents some unique examples of diversity challenges, while also illuminating issues that exist in subtle ways even in more common research experiences. Within the context of multiple diversities, two challenges to bridging diversity are discussed: (1) Can or should all diversities be bridged? and (2) Can narrow attention to diversity lead to ignoring

similarities? We argue that the definitions of success and failure in bridging diversity are themselves relative terms, grounded in this very diversity. Further, even when research fails to bridge diversity it may, in fact, not only honor and respect that diversity, but ultimately lead to a better understanding of it.

**Suarez-Balcazar, Yolanda; Kinney, Leah (2006). Realities and Myths of Safety Issues for Community Researchers Working in a Marginalized African American Community. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 303-309.**

Community psychologists often conduct research in collaboration with marginalized communities in which safety is an issue. However, we rarely talk about what specific safety issues we experience and how we deal with them. Our story describes the realities and myths of neighborhood safety that were experienced in a low-income African American neighborhood of Chicago, while collaborating on a project designed to increase access to the Internet to obtain health information. We examine both the challenges experienced and our responses in the context of a community intervention planned, implemented, and evaluated by a partnership team composed of various stakeholders. Critical lessons such as the importance of building on community strengths and the need to be aware of our own biases are discussed.

**Ross, Laurie (2006). Where Do We Belong? Urban Adolescents' Struggle for Place and Voice. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 293-301.**

Through a telling of key events in the history of the "Teen Action Center" (TAG), a drop-in youth center located in downtown "Unionville," this story demonstrates how 'youth' is an important diversity category. The community conflict highlighted in this story centers around the 1997 arrest of TAC's Executive Director and two youth leaders (all Puerto Rican) because a small group of Latino and African-American youth was smoking cigarettes on the sidewalk in front of the Center. This conflict brings into focus divergent views on where Unionville's youth of color belong in the city, both physically and figuratively. The lessons learned in this story have wide application as Unionville, and other cities undergoing demographic transformation and economic decline, are likely to continue to experience these types of clashes, where the dominant paradigm of economic development overrides the realities, rights, and interests of marginalized groups.

**Messinger, Lori (2006). History at the Table: Conflict in Planning in a Community in the Rural American South. *American Journal of***

**Community Psychology. Vol 37(3-4) Jun 2006, 283-291.**

This article is a case study of problems that emerged during the planning of an anti-poverty program in a community in the rural American South in the early 1990s. Issues of racism, sexism, and classism in the planning process are discussed as they are informed by the national welfare reform rhetoric of the time, a local context of historical and current White racism, and the historical and current identity positions of the local Black planners. The author argues that understanding local history is a vital component in planning and implementing social programs. The article offers an analysis of the deployment of power in the planning of social change projects that can be used to develop inclusive planning processes that are responsive to the needs of economically and socially oppressed populations.

**Lee, Kien-S; Calvin, James-R (2006). Stronger Relationships, Stronger Communities: Lessons From a Regional Intergroup Grant Initiative. American Journal of Community Psychology. Vol 37(3-4) Jun 2006, 275-282.**

This paper tells the story of an intergroup grant initiative and the neighborhood projects it supported. It highlights the challenges of race and power, in conjunction with other overlapping identities and forms of discrimination. The demographics of the greater Goodland region have changed dramatically over the last few years and decades. The life for traditionally European American and African American communities is being altered by a steady influx of new immigrants from Africa, Asia, and Latin America. This paper discusses a philanthropic community's response to these changes and within this, two specific neighborhood-based responses. The lessons and insights described in this paper, told by the initiative's evaluator and advisory council co-chair, are drawn from five years' of systematic data collection and analysis, focused observations, and the reflections of other participants in the initiative.

**Langhout, Regina-Day (2006). Where am I? Locating Myself and its Implications for Collaborative Research. American Journal of Community Psychology. Vol 37(3-4) Jun 2006, 267-274.**

This paper examines how a younger white female graduate student and an African American female undergraduate viewed the relationship between the graduate student and older African American working class women. This relationship was formed around a community garden project. The graduate student understood the relationship to be based on gender and class background similarities; the undergraduate viewed it based on race differences and unexamined white privilege. Both interpretations

are challenged as unidimensional. Through this retelling, questions are raised about why situating ourselves via our identities is not practiced more frequently. Possible explanations of this lack of attention to situativity include a Cartesian philosophy of science that separates objectivity and subjectivity, a general unawareness of privilege by those who have it, and a dominant scientific discourse that neglects the role of the researcher. This paper illustrates why reflexivity is crucial for the work of community psychology.

**Daniels,-Doria (2006). Who will be the Shade of Our Tree When You Leave? Collaborating as Women to Advance Community Emancipation. American Journal of Community Psychology. Vol 37(3-4) Jun 2006, 257-265.**

In 1994, out of a population of 45 million people an estimated 7.7 million people lived in informal settlements in South Africa (South African Institute of Race Relations, 1994). This article focuses on one community whose residents' desperation to own housing contributed to community disintegration, typified by infighting among women, and threats to human life. Issues of diversity became more prominent and destabilized community-building efforts. One effort to collaboratively break down barriers that deterred women from working together is presented to illustrate how these women created bonds based on "discovered similarities". The participatory and personal-experience approach described here contributed to their becoming active protagonists of their learning and encouraged tolerance and understanding among community women from differing ethnic, linguistic, and political backgrounds. The article concludes with a discussion of the critical importance of recognizing and working with and through differences within the current South African reality.

**Berryhill, Joseph-C; Linney, Jean-Ann (2006). On the Edge of Diversity: Bringing African Americans and Latinos Together in a Neighborhood Group. American Journal of Community Psychology. Vol 37(3-4) Jun 2006, 247-255.**

This article describes challenges we encountered when organizing a group of African Americans and Latinos in a community where ethnic tensions had been normative. We relate how the first author, a Caucasian with a university affiliation, entered this diverse community and employed ethnographic methods in an attempt to understand it. The ethnography provides a context for the principal challenge we encountered: ensuring that the group had ethnic balance. Focusing on the group's first meeting, we describe the uncertainty of whether our work would be helpful or harmful to the community. We conclude with reflections on the gaps between science and practice in diverse communities; the utility and limits of ethnography; the multiple ecological levels

of influence on the community; dilemmas around a White male taking proactive stances while trying to empower a group consisting mostly of women of color; and the influence of values we brought to the community.

**Suyemoto, Karen-L; Tree, Claudia-A.-Fox (2006). Building Bridges Across Differences to Meet Social Action Goals: Being and Creating Allies Among People of Color. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 237-246.**

Although challenges of anti-racist work are most commonly framed in relation to White people and People of Color, there are significant challenges involved in creating allies across minority racial groups. This article describes our experiences within a community organization aimed at training anti-racist culturally sensitive K-12 educators. As Asian American and Native American facilitators within a group of facilitators of color who were predominantly Black, we describe our experiences of relative marginalization and our (mostly failed) attempts to create change within the organization to be more inclusive of the perspectives, experiences, and needs of non-Black people/students of color. We contextualize these experienced conflicts in relation to race hierarchies, the "divide and conquer strategy" and the maintenance of White privilege. We offer reflections for how racial minorities engaged in anti-racist education could be better allies and how organizations might better foster environments that contribute to the creation of these alliances.

**Shpungin, Elaine; Lyubansky, Mikhail (2006). Navigating Social Class Roles in Community Research. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 227-235.**

This paper describes the first author's attempt to collect data in a homeless shelter without attending to her role in the social class hierarchy of the organization. The author's egalitarian approach towards the homeless clients, and her lack of involvement in "staff-only" activities, transgress the social class norms within the organizational structure. While the author is successful in gaining the trust of the homeless clients, her approach alienates shelter staff, especially those in the higher echelons of the social hierarchy. The concepts of classism, world views, and Social Identity Theory, are utilized to discuss the dilemma faced by researchers who want to challenge, or work outside, a setting's status quo.

**Martorell, Susan-J; Martorell, Gabriela-A (2006). Bridging Uncharted Waters in Georgia: Down Syndrome Association of Atlanta Outreach to Latino/a Families. *American Journal of***

***Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 219-225.**

Receiving the news that your newborn child has Down syndrome is difficult for most parents; difficulties which are compounded by language and cultural barriers for immigrant Latino/a families. The metro Atlanta area has shown a large increase in this population in the last 10 years, and increasing numbers of Latino/a parents with children with Down syndrome are coming in contact with the health care system. Experiences and observations regarding the formation of a Latino/a support group for parents of children with Down syndrome in Atlanta are described. In addition, efforts to integrate these Latino/a parents into a parent education conference sponsored by the Down Syndrome Association of Atlanta are also recounted. Finally, reflections upon the lessons learned and individual and organizational changes that occurred as a result of the process are discussed.

**Levine, Deborah-J (2006). A Religious Diversity Tale: A Multi-Faith Case Study. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 211-218.**

This article examines the creation of a network of diverse religious leadership in a Midwest suburb where the intersection of religion and national pride fomented a community-wide conflict. Activated during a heated controversy over displaying a Christmas tree in a public school, the Network became a laboratory for testing viable strategies for community healing. The case of a Jewish student suspended for fighting when taunted for not singing Christmas Carols became a catalyst for debating what is religious, what is secular, and what is culturally American. The interaction of the key players is noted; educators, religious leaders, students and their families, particularly the mothers who regularly interacted across religious boundaries. The article describes the Network's experiment with deploying resources that accommodated diverse experiences of religion and patriotism, historically and culturally, within an American context.

**D'Augelli, Anthony-R (2006). Coming Out, Visibility, and Creating Change: Empowering Lesbian, Gay, and Bisexual People in a Rural University Community. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 203-210.**

Personal and professional challenges faced in encouraging the development of a gay community in a rural university setting are described. Community psychologists who are lesbian, gay, or bisexual (LGB) must assess their willingness to be open and the roles they can play in developing helping resources. These issues concern how to encourage the empowerment of others while maintaining a collaborative role in a situation of major personal in-

## Abstracts

vestment. Two specific challenges-developing informal helping resources for local LGB people and fostering institutional and policy changes to make the university a safer place for LGB faculty, staff, and students-are described. Community psychologists must consider personal risk when they become involved in empowerment efforts with this population.

**Borg, Mark-B (2006). Engaging Diversity's Underbelly: A Story from an Immigrant Parish Community. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 191-201.**

This story explores an intervention conducted in a Catholic parish community in New York City. The intervention, conducted by the author and a Jesuit priest, focused on issues of unity and diversity among the various Chinese immigrant subgroups in the parish (primarily Cantonese- and Mandarin-speakers). Issues of class, power, and a history of colonialism in the Catholic Church are explored as central to the relations among culturally diverse Chinese American community members and between the members and the practitioners and the church authority. The author especially focuses on how the dynamics that played out in the intervention reflected wider issues of economics, labor practices, and political elitism in the wider Chinatown community. A central part of the author's argument is about power relationships between this parish community and Chinatown and how these power relationships are embedded within broader racial and economic oppression within the United States.

**Vasquez, Hugh (2006). Article for "Diversity Stories in Community Research and Action" Facing Resistance in Waking Up to Privilege. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 183-189.**

This article identifies a challenge brought to us while facilitating a diversity workshop with adults in a school work setting. Our program involved using the video *The Color of Fear* as a centerpiece of a training to school district staff where the goals were to raise awareness and understanding of race, gender and class issues, increase understanding of power and privilege, and build alliances between people from diverse backgrounds. The challenge came from a white, male participant and involved issues of privilege, the intersections of race, class, and gender, and resistance to addressing diversity matters. Reflections of what worked and didn't work are offered as well as recommendations to other facilitators who will face similar challenges.

**Chronister, Krista-M (2006). Social Class, Race, and Ethnicity: Career Interventions for Women Domestic Violence Survivors. *American Journal***

***of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 175-182.**

This story describes a community intervention study conducted with women domestic violence survivors and a research dilemma related to the complex interrelationships between women's social class, race and ethnicity, and career development needs and experiences. The author presents diversity and research dilemmas related to facilitating women's critical consciousness of power dynamics at work in their lives. The influence of community context, career intervention curricula, and research team members' values on research decisions are described. This story highlights the importance of researchers examining their values and how those values impact the communities that they serve.

**Ceballo, Rosario; Ramirez, Cynthia; Maltese, Kelly-L; Bautista, Elida-M (2006). A Bilingual "Neighborhood Club": Intervening with Children Exposed to Urban Violence. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 167-174.**

Mental health practitioners have offered relatively little in response to the pervasive community violence faced by many children living in impoverished neighborhoods. The "neighborhood club" is a school-based, short-term, support group designed to assist children with the psychological impact of exposure to community violence. Ten "neighborhood clubs" were conducted in two public elementary schools in Detroit, Michigan. This paper reviews the implementation of a bilingual "neighborhood club" undertaken to better serve the Spanish-speaking Latino students in a school community. We discuss many of the rewards and challenges of conducting a bilingual, multicultural support group for children and conclude that a bilingual support group provides all children with a model that validates ethnic and cultural diversity while also building empathic bonds based on mutually-reinforcing, common experiences.

**Bond, Meg-A; Harrell, Shelly-P (2006). Diversity Challenges in Community Research and Action: The Story of a Special Issue of AJCP. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(3-4) Jun 2006, 157-165.**

Community research and action often involve managing difficult diversity-related dilemmas. However, the literature on diversity tends to focus on success stories that tie up very complex issues into neatly-packaged case studies or lists of specific recommendations. This article introduces a special issue of the *American Journal of Community Psychology* that was rooted in the belief that it is within the stories of the challenges that the complexity of the political, historical, social, and psychological dynamics of diversity are most evident. The special issue includes 22 detailed narratives of dilemmas



related to multiple dimensions of diversity including race, ethnicity, gender, class, sexual orientation, disability, and religion. We asked contributing authors to divide their papers into three primary subsections: (1) context, (2) Challenge and Response, and (3) Reflections. We do the same in telling the story of how this edited collection evolved.

**O'Brien-Caughy, Margaret; O'Campo, Patricia-J (2006). Neighborhood Poverty, Social Capital, and the Cognitive Development of African American Preschoolers. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(1-2) Mar 2006, 141-154.**

In this investigation, we examine the impact of the ecological context of the residential neighborhood on the cognitive development of children by considering social processes not only at the family-level but also at the neighborhood-level. In a socio-economically diverse sample of 200 African American children living in 39 neighborhoods in Baltimore, we found that neighborhood poverty was associated with poorer problem-solving skills over and above the influence of family economic resources and level of positive parent involvement. Sampson has theorized that neighborhood poverty affects child well-being by altering levels of neighborhood social capital as well as family social capital. Although we found that indicators of neighborhood and family social capital were associated with cognitive skills, these factors did not explain the association between neighborhood poverty and problem-solving ability. Implications for future research in the area of neighborhoods and child development are discussed.

**Fleury, Julie; Lee, Sarah-M (2006). The Social Ecological Model and Physical Activity in African American Women. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(1-2) Mar 2006, 129-140.**

Little is known about the social and contextual correlates (e.g., social norms, environment, social networks, and organizational support) influencing the adoption and maintenance of regular physical activity among minority and under-served populations. The purpose of this review was to apply the social ecological model to better understand physical activity among African American women. A review of the literature pertaining to correlates of physical activity among African American women was conducted and applied to a social ecological perspective. Understanding and addressing social and contextual correlates of physical activity behavior among African American women are necessary to establish comprehensive programs, particularly within community settings. The social ecological model provides a strong theoretical basis to guide physical activity intervention in this population.

**Cantillon, Dan (2006). Community Social Organization, Parents, and Peers as Mediators of Perceived Neighborhood Block Characteristics on Delinquent and Prosocial Activities. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(1-2) Mar 2006, 111-127.**

Research on contextual and neighborhood effects has grown exponentially over the past decade as researchers have reacknowledged that community matters. Although empirical findings have consistently documented the significant influence of neighborhood context, the field is just beginning to investigate the varied and multiple pathways through which this influence is transmitted. The current study found support for both a direct and indirect influence of perceived neighborhood structural characteristics (i.e., neighborhood stability, income), measured at the block level, on neighborhood and youth outcomes. Directly, perceived neighborhood advantage led to significantly lower neighborhood rates of official delinquency and higher rates of prosocial activity. Indirectly, perceived neighborhood advantage significantly impacted outcomes by influencing more proximal constructs such as community social organization, informal social control, parenting practices, and affiliation with delinquent peers. Different pathways were significant across neighborhood and youth outcomes, yet perceived neighborhood advantage, in particular neighborhood stability, consistently exerted substantial effects, highlighting the need for more comprehensive and multilevel prevention efforts.

**Yoshihama, Mieko; Hammock, Amy-C; Horrocks, Julie (2006). Intimate Partner Violence, Welfare Receipt, and Health Status of Low-Income African American Women: A Lifecourse Analysis. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(1-2) Mar 2006, 95-109.**

Although the association among intimate partner violence (IPV), welfare receipt, and health status has been well-established, little is known about the temporal sequencing of these events. In a random sample of low-income African American women in an urban Midwestern county, life-course data about IPV and welfare receipt were obtained using the Life History Calendar method (D. Freedman, A. Thornton, D. Camburn, D. Alwin, & L. Young-DeMarco, 1988), along with data about mental and physical health status. Controlling for relevant factors, longitudinal analyses found that previous experience of IPV increased women's odds of receiving welfare benefits in a given year, but previous welfare receipt did not. Cumulative IPV, but not cumulative welfare receipt, was associated with current and past-year health problems. These findings are consistent with the hypothesis that IPV leads women to turn to welfare assistance, and that

compromised physical and mental health due to past cumulative IPV interferes with women's gainful employment.

**Goodkind, Jessica-R (2006). Promoting Hmong Refugees' Well-Being Through Mutual Learning: Valuing Knowledge, Culture, and Experience. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(1-2) Mar 2006, 77-93.**

Refugees who resettle in a new country face numerous struggles, including overcoming past traumas and coping with post-migration stressors, such as lack of meaningful social roles, poverty, discrimination, lack of environmental mastery, and social isolation. Thus, in addition to needing to learn concrete language skills and gain access to resources and employment, it is important for refugees to become a part of settings where their experiences, knowledge, and identity are valued and validated. The Refugee Well-Being Project (RWBP) was developed to promote the well-being of Hmong refugees by creating settings for mutual learning to occur between Hmong adults and undergraduate students. The RWBP had two major components: (1) Learning Circles, which involved cultural exchange and one-on-one learning opportunities, and (2) an advocacy component, which involved undergraduates advocating for and transferring advocacy skills to Hmong families to increase their access to resources in their communities. The project was evaluated using a mixed quantitative and qualitative approach. This article discusses data from qualitative interviews with participants, during which the importance of reciprocal helping relationships and mutual learning emerged as significant themes.

**Milburn, Norweeta-G; Rotheram-Borus, Mary-Jane; Rice, Eric; Mallet, Shelley; Rosenthal, Doreen (2006). Cross-National Variations in Behavioral Profiles Among Homeless Youth. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(1-2) Mar 2006, 63-76.**

Cross-national comparisons of homeless youth in Melbourne, Australia, and Los Angeles, CA, United States were conducted. Newly ( $n = 427$ ) and experienced ( $n = 864$ ) homeless youth were recruited from each site. Compared to Australia, homeless youth in the United States were younger, more likely to be in school or jail, demonstrated fewer sexual and substance use risk acts, fewer suicidal acts, and reported less need for social services. Across sites, experienced homeless youth were more likely to be older, male, engage in sexual and substance use, report greater need for social services, and make greater use of work, substance use, and health-related services. Homeless youth have different behavioral profiles in Australia and the United States, reflecting differences in the effectiveness of service systems in the two countries in

keeping youth with fewer problems out of homelessness.

**Tompsett, Carolyn-J; Toro, Paul-A; Guzicki, Melissa; Manrique, Manuel; Zatakia, Jigna (2006). Homelessness in the United States: Assessing Changes in Prevalence and Public Opinion, 1993-2001. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(1-2) Mar 2006, 47-61.**

A national survey was administered in 1993-1994 ( $N = 360$ ) and repeated in 2001 ( $N = 435$ ) to assess the prevalence of homelessness as well as attitudes, opinions and knowledge regarding homelessness. No significant changes in prevalence were found, despite a strong US economy during most of the 7-8 year period. Respondents in 2001 had less stereotyped views of homeless people and were more supportive of services, but came to see homelessness as a less serious problem that was less often due to economic factors. This "mixed" set of findings may reflect both beliefs on the benefits of a good economy and an increased awareness of the complexity of homelessness. Across the surveys, younger, female, liberal, and less wealthy respondents demonstrated more sympathetic attitudes towards homeless people.

**Newell, Branda-L; Berkowitz, Shelby-L; Deacon, Zermarie; Foster-Fishman, Pennie (2006). Revealing the Cues Within Community Places: Stories of Identity, History, and Possibility. *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(1-2) Mar 2006, 29-46.**

Place-based approaches to community change have become increasingly popular strategies for addressing significant social problems. With their intentional focus on 'place,' most efforts have sought to gain greater understanding into how neighborhood contexts affect people. However, while both aggregate characteristics and social dynamics of neighborhoods have been subject to scrutiny in the literature, less attention has been paid to understanding how the environmental characteristics of neighborhoods and communities as places have meaning for residents. The present study used an innovative methodology called Photo-voice to obtain a greater understanding of the meanings residents ascribe to the salient characteristics of their neighborhoods and communities. As part of a place-based initiative, 29 adult and youth residents in seven distressed urban neighborhoods photographed and dialogued about the meaningful physical attributes of their community. According to participants, place characteristics provided cues about their personal histories as members of the community; communicated messages about the value and character of the community and its residents; defined social norms and behavior within the community; and provided markers that could re-

mind residents of who they are and inspire a sense of possibility for who they could become. Implications for practice are discussed.

**Julian, David-A (2006).** **A Community Practice Model for Community Psychologists and Some Examples of the Application of Community Practice Skills from the Partnerships for Success Initiative in Ohio.** *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(1-2) Mar 2006, 21-27.

This paper provides an opportunity to consider the concept of community practice from the vantage point of community psychology. The author argues that community psychology has significant potential to change organizations, communities, and other settings to benefit setting occupants. However, it is the author's contention that the full realization of this potential is contingent upon an organized effort to engage in formal community practice. The author defines community practice in terms of four skill sets related to mobilization, planning, implementation, and evaluation. The author also describes settings that might support community practice and discusses implications for training and the field of community psychology in general. Finally, the author illustrates several community practice skills and roles in the context of a local community-based initiative in Ohio called Partnerships for Success.

**Weinstein, Rhona-S (2006).** **Reaching Higher in Community Psychology: Social Problems, Social Settings, and Social Change.** *American Journal*

*of Community Psychology*. Vol 37(1-2) Mar 2006, 9-20.

Forty years after the founding of community psychology, we have yet to deliver on the full promissory note of our birth, where we were poised to address social problems, social settings, and social change. Despite some success, we are at risk for selling ourselves short, for dying out in the discipline of psychology, and for failing to improve the common good. Given changes in demographics and in the safety net, the problem of entrenched disparities is even more urgent--in perception of the other, in the provision of opportunities for development, and in outcomes. Envisioning and enabling will be critical as we work with unified purpose toward a cumulative science where failure will not be predictable.

**O'Donnell, Clifford-R (2006).** **Beyond Diversity: Toward a Cultural Community Psychology.** *American Journal of Community Psychology*. Vol 37(1-2) Mar 2006, 1-7.

We are increasingly considering culture as the context of diversity and, in the process, becoming a cultural community psychology. Our recent progress is discussed and a suggestion to accelerate our progress through greater collaboration with cultural psychology is offered. The development of a cultural community psychology has implications for the traditional distinction between basic and applied psychology, our understanding of context, partnerships between academicians and practitioners, and the place of community psychology within the discipline of psychology. These implications are presented and discussed.

## City and Community

**Borer, Michael-Ian (2006).** **The Location of Culture: The Urban Culturalist Perspective.** *City and Community*. Vol 5(2) Jun 2006, 173-197.

The majority of research in urban sociology tends to favor the study of urbanization, the development and growth of cities, over urbanism, the way of life in cities. Here, I identify a strand of urban sociology that explicitly focuses on the latter and introduce a theoretical framework for investigating culturally significant urban places. The urban culturalist perspective consists of six domains of research: 1) images and representations of the city; 2) urban community and civic culture; 3) place-based myths, narratives, and collective memories; 4) sentiment and meaning of and for places; 5) urban identities and lifestyles; and 6) interaction places and practices. These distinct but related domains collectively provide a framework for addressing culture-place relationships in cities by offering a clear window into the ways that people use places

as part of their cultural repertoires and how those repertoires can affect a city's social and physical environment.

**Shlay, Anne-B; Whitman, Gordon (2006).** **Research for Democracy: Linking Community Organizing and Research to Leverage Blight Policy.** *City and Community*. Vol 5(2) Jun 2006, 153-171.

Urban scholarship has focused on the role of power and politics in fostering uneven development, showing that urban patterns are not inevitable but controllable. Yet shifting power from one group to another is easier said than done. How may community organizations acquire leverage that permits them to alter political decision making around space and urban development? This article describes a collaboration in Philadelphia between a citywide faith-based coalition and a university policy research center. Called "Research for Democ-

racy," this collaboration combined research and organizing sophistication to successfully reshape citywide policy around neighborhood blight. Research for Democracy became a collaboration where community leaders' experiences were voiced in the collective research experience. This helped to reinforce alternative views on blight and break down the third dimension of power--the ability to shape the conceptions and ideas of the powerless. Armed with research ammunition that mirrored people's shared experiences, organizers strategically worked with other political actors to reshape the policy agenda around blight and break down the second dimension of power--policy agenda setting. As a consequence, Philadelphia's blight policy was broadened to include money for neighborhood stabilization, acquisition, and improvements, not solely demolition as was originally proposed.

**Ryle, Robyn-R; Robinson, Robert-V (2006). Ideology, Moral Cosmology, and Community in the United States. *City and Community*. Vol 5(1) Mar 2006, 53-69.**

We propose an ideological/cosmological model to complement the three answers that have been offered to the Community Question: contentions that community is now lost, saved, or liberated. We hypothesize that the U.S. education system inculcates an individualistic ideology that disposes highly educated people to a weaker sense of community. We also hypothesize that the theologically modernist moral cosmology is inherently individualistic relative to the religiously orthodox cosmology and inclines those holding it to feel less of a sense of community. Through analyses of national survey data on people's feelings of community from their town or city, neighbors, friends, place of worship, co-workers or fellow students, ethnic group members, and people met on the web, we find strong confirmation for both hypotheses. Education and moral cosmology are each more consistent predictors of people's sense of community across a range of communities than most of the variables in the conventional answers to the Community Question.

## International Journal of Mental Health Promotion

**Solantaus, Tytti; Toikka, Sini (2006). The Effective Family Programme: Preventative Services for the Children of Mentally Ill Parents in Finland. *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8(3) Aug 2006, 37-44.**

The Effective Family Programme was initiated in Finland in 2001 to provide methods for health and social services to support families and children of mentally ill parents. The methods are implemented and clinicians are trained in psychiatric services and primary health care. The methods include the Beardslee Preventive Family Intervention, a parent-focused Let's Talk about Children Discussion and the Network Meeting. The Effective Family Programme represents large-scale implementation of a promotive and preventative child-centred approach in adult psychiatry. The first five years have been successful. Two thirds of health districts have initiated training. However, big challenges lie ahead. While the work was initiated in psychiatric services, it needs to be extended to primary health care and social services as well. Institutionalisation of the methods is still in progress, as well as incorporation of the work into the basic training of all mental health professionals.

**Weist, Mark-D; Lindsey, Michael; Moore, Elizabeth; Slade, Eric (2006). Building Capacity in School Mental Health. *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8(3) Aug 2006, 30-36.**

The article reviews the dimensions of capacity-building as applied to the development and growth of effective school mental health (SMH) programs and initiatives. There has been considerable growth of SMH in the US and internationally, and this growth is being fueled by conferences and partnerships at local, regional, national and international levels. However, more comprehensive SMH, involving provision of a full continuum of mental health promotion, prevention, early intervention and intervention services for young people in general and special education is a relatively new and emerging field, and numerous challenges are being confronted as communities attempt to build capacity for it. Ideas for building capacity in SMH, along with opportunities to advance global dialogue and collaboration on the field's advancement, are presented.

**South, Petrina (2006). Working Collaboratively: Prescriptions for Healthy Learning--an Example of Success. *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8(3) Aug 2006, 25-29.**

The Prescriptions for Healthy Learning Project demonstrates how an effective and successful partnership can be developed with other agencies and refers specifically to the relationship built up with Leicester City East and West Primary Care Trusts. This paper highlights the key principles involved in initiating and strengthening an effective partnership, by targeting the right professionals and teams, providing evidence and feedback to key parties,

involving key parties in discussing the future development of the project, understanding and demonstrating that the service is supporting the partnership organisation in meeting their targets. The experience and knowledge gained through the project's development provides a key learning tool for future projects and services that want to develop successful partnerships.

**Lee, Judith; Rondon, Janeet; McCullough, William (2006). Remember and Change: Addressing the Legacy of the Conflict in Northern Ireland. *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8(3) Aug 2006, 15-24.**

This paper evaluates the work of a two-year mental health promotion initiative which ran from January 2004 to December 2005. It was designed and delivered by the Remember & Change Consortium, funded by European Union Peace II monies (EU Programme for Peace and Reconciliation). Six residential training events were run during this period for those who were either victims or survivors of the conflict in Northern Ireland, or those who supported victims, as carers, community workers or simply neighbours or friends. Priority was given to those who had little opportunity for such training, in addition to those who appeared to be most in need in the aftermath of the Troubles. The training was staged, offering a package of three courses. The intention was that individuals, over time, in incremental fashion, would enhance their skills, knowledge and attitudes. In this experiential way they would develop increased confidence, a sense of inclusion, self-esteem and empowerment in managing their own difficulties and, with time, move on to help and support others. The project was independently evaluated. This paper describes the background to the project in terms of the Northern Ireland context and outlines the nature of the design and delivery of the courses. The main findings are summarised, based on the outcome indicators originally stated.

**Matthey, Stephen; Patterson, Pandora; Mutton, Natalie; Kreutzfeldt, Kirsten (2006). Enrolment Rates into Parenting Programs using a Clinically Viable Recruitment Strategy. *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8(3) Aug 2006, 6-14.**

Studies of parenting programs often have enrolment rates of 20% or more of the targeted parents. These rates are usually from funded research projects, and may not equate to enrolment rates in programs using clinically viable recruitment strategies without large specialist funding. Two studies were conducted to explore the enrolment rates of parents in group parenting programs. The first investigated the enrolment rate of parents of 5-12-year-old children in a community parenting program, using a clinically viable recruitment strategy. Flyers were twice

sent home with the children advertising the program, which was offered both during the day and evening. Parents from nine Australian schools, with a total of 5,275 students from 3,740 families, were offered the program. Only 0.48% enrolled (N=18 parents). In the second study, the variables of program cost (free vs \$20), pre-enrolment requirements (completion of three questionnaires vs no questionnaires), and program duration/type (four-session general parenting program vs single-session specific problem program) were explored. Results showed that the different levels on each variable had no significant impact on parent enrolment. Discussion concludes that, without specialist funding, the snowball effect of parents enrolling because of word-of-mouth endorsement may be a key factor in ensuring that enough parents attend such programs. This has important planning implications for services wishing to introduce new programs to their community. The clinical implications are that more consideration needs to be given to methods that improve enrolment rates in such programs, and in particular programs training clinicians to conduct such community parenting programs should include a module on recruitment strategies.

**Murray, Michael (2006). Editorial. *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8(3) Aug 2006, 2-5.**

A fundamental attribute of mental health promotion is empowerment (MacDonald, 1998), that is, the giving of power and the authorising and enabling of others to undertake a part in an event. For this to be effective, power must be shared among the stakeholders. However, despite this strong emphasis on empowerment in the mental health promotion literature, it is striking how little attention is directed towards power relations in the settings in which mental health promotion programmes have been developed (Green et al, 2000). For this issue of the Journal we have chosen five papers from across the globe. The first study investigated the enrolment rate of parents of 5-12-year-old children in a community parenting program, using a clinically viable recruitment strategy. Another paper evaluates the work of a two-year mental health promotion initiative for those affected by the conflict in Northern Ireland. Our penultimate paper, 'Working collaboratively: prescriptions for healthy learning - an example of success', was presented recently at the Promoting Mental Health and Well-being Conference in London. Other papers describe a service to support the families and children of mentally ill parents in Finland and review the dimensions of capacity building in school mental health. I would like to conclude with a special tribute to Professor George Albee who died on 8th July at his home in Florida. A psychologist and former President of the American Psychological Association, Professor Albee

was a member of President Carter's Commission on Mental Health and author of more than 200 articles and books on the merit of mental illness prevention.

**Munro, Kate; Ross, Michael-Killoran; Reid, Margaret (2006).** User Involvement in Mental Health: Time to Face up to the Challenges of Meaningful Involvement? *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8(2) May 2006, 37-44.

User involvement in health is of increasing importance in Scotland. It has been defined in a series of specific policy commitments to give users a stronger voice and to involve people in the design and delivery of the health service. Increased organisational commitment and resources have accompanied this policy, leading to proliferation of consultation and involvement activities. However, despite the policy rhetoric, there are a number of challenges that users of mental health services face in becoming involved in their own care and treatment and in playing a meaningful role in developing the services they use. This paper will argue that it is not yet possible to judge whether user involvement can deliver its aims of changing the culture of services, the ways in which they interact with the people they serve and how services are delivered. However, the user involvement agenda appears to hold much promise for mental health promotion; the challenge for mental health promotion will be to capture this work and ensure that promise is delivered.

**Hovengen, Ragnhild; Edgren, Lars; Maurstad, Jorn; Dalgard, Odd-Steffen (2006).** Mental Health Promotion in a Poorly Functioning Neighbourhood: What can we Learn from an Unsuccessful Project? *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8(2) May 2006, 31-36.

The object of the study described was to evaluate the effect of a local environment project which aimed to improve mental health by strengthening social integration. An attempt was made to motivate municipal authorities and politicians concerned with housing to alter structural background factors affecting well-being and develop general contact-creating activities and special supportive measures in the local environment. The study is a pre-test/post-test design. The pre-test included 92 people and the post-test included 40 people who were still living in the housing estate at the end of the project. The results showed a significant improvement in integration, but no corresponding improvement in mental health. Participation in contact-creating activities affected neither social integration nor mental health, and the results indicate that inhabitants with considerable mental problems did not take part. Background factors related to wellbeing, such as leisure activities, meeting places and kindergartens, had improved, while instability

in the local environment and housing costs had deteriorated.

**Tonmyr, Lil; Jamieson, Ellen; Mery, Leslie-S; MacMillan, Harriet-L (2006).** Child Abuse and Disability in an Ontario Community Sample: Does Social Capital Matter? *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8(2) May 2006, 23-30.

Researchers have established a link between abuse and disability, but most abused individuals do not experience disability. While some survivors are severely harmed by their experiences of abuse, other survivors of similar exposure appear to have no long-term health problems. Can the presence of social capital account for these differences? Cross-sectional data from the Ontario Health Supplement were used to assess the association between child abuse, age, social capital (social connections and disruptions in living circumstances and relationships), cultural capital (education and occupation) and financial capital (money) and disability in a female community sample (n=4238). The results suggest that abuse (physical and sexual) and financial capital are associated with disability, but not social capital.

**Shain, Martin; Suurvali, Helen (2006).** Work-Induced Risks to Mental Health: Conceptualization, Measurement and Abatement. *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8(2) May 2006, 12-22.

The proposition that the organization of work is a strong influence on mental health is supported by both scientific and legal evidence. In this context, we explore and discuss the use of a metric called the Mental Safety Risk Reduction Potential as a means of isolating organization-of-work-related risks to mental health at a local, site-specific level. The implications of using this metric are discussed in the framework of intervention examples familiar to the authors. The relevance of the exercise lies in the appropriate allocation of responsibility for reducing the burden of mental health problems on society.

**Solin, Pia-Crista-Milana (2006).** The Determinants of Mental Health: A Qualitative Analysis of Health Policy Documents. *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8(2) May 2006, 3-11.

This paper reports on an exploratory analysis of the determinants of mental health in health policy documents from Finland, Sweden, Denmark, The Netherlands, England and Portugal during 1985-2004. Similarities and differences in mental and somatic health were examined, using qualitative content analysis. The results of the analysis are compared with some frequently applied health determinant conceptualisations and with the con-

clusions of previous research. The paper concludes by pointing out that the determinants of mental and somatic health are constructed differently, which seems to affect the design of health promotion policy.

**Murray, Michael (2006). Editorial. *International Journal of Mental Health Promotion*. Vol 8(2) May 2006, 2.**

This issue highlights the complex nature of mental health promotion and emphasizes the need for a collaborative approach. The first article reports on an exploratory analysis of the determinants of mental health in health policy documents (1985 to 2004) from six countries. The next article discusses the use of a metric called the Mental Safety Risk

Reduction Potential for isolating work related risks to mental health at local, site-specific level. 'Child abuse and disability in an Ontario community sample: does social capital matter?' reiterates that researchers have established a link between abuse and disability, but maintain that most abused individuals do not experience disability. The fourth paper evaluates the effect of a local environment project which aimed to improve mental health by strengthening social integration. The final article argues that in spite of a series of specific policy commitments to give users in Scotland a stronger voice in the design and delivery of the health service, they still face a number of challenges in becoming involved in their own care and treatment.

## Family and Community Health

**Castiglione, Haley (2006). Review of "I Hate to Diet," Guide to Losing Weight; 25 Easy Ways to Get Your Fruits and Vegetables; Dietary Guidelines for Americans, An Easy-to-read Summary; The Fatty, Salty, Sugary, Unhealthy, Junk Food Quiz; Junk Food Facts; I Don't Like to Exercise, Guide to Physical Activity; Why Animals Like Exercise; How Steroids Affect Your Health; and Talking About Steroids, What to Say and How to Say It. *Family and Community Health*. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 339-340.**

Reviews new sets of pamphlets by JourneyWorks. JourneyWorks organizes the pamphlets under the topics of physical activity, nutrition, and information about steroids. The pamphlets are intended for teenagers and adults who may not have former knowledge of the topics. The information in the pamphlets is up-to-date and important in relation to today's healthcare needs. The very relevant and important information in these educational pamphlets is presented in a format and manner that is nonmilitant and can be easily understood by the public. This series of JourneyWorks pamphlets is an excellent resource for those wanting to give or receive information on these topics.

**Haber, David (2006). Review of Complementary Medicine in Clinical Practice. *Family and Community Health*. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 338-339.**

Reviews the book *Complementary Medicine in Clinical Practice*, by David P Rakel and Nancy Faass (2006). What attracted me to this edited book were the titles of several sections, such as Expanding the Continuum of Care, Mind-Body Medicine, Self-Care, Therapeutic Massage, Acupuncture, Chiropractic, and Herbal Therapy. However, upon closer scrutiny I found the content to be a hodgepodge of undeveloped ideas. More important, the

chapters are very uneven, with literally dozens of them (yes, I mean dozens as this book contains an astonishing 70 chapters) only a couple of pages long with vague content that does not appear to me to be helpful to most readers. Despite these shortcomings, the book is not without merit. There is a startling array of material, and for someone who wants to incorporate complementary medicine into their clinical practice is sure to find content that is interesting or useful. Anyone seeking depth on any single topic in this volume, however, will be disappointed.

**Degazon, Cynthia-E. (2006). Review of Culture & Clinical Care. *Family and Community Health*. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 337-338.**

Reviews the book *Culture & Clinical Care*, edited by Juliene G. Lipson and Suzanne L. Dibble (2005). This book is based on the premise that healthcare providers who are culturally aware, sensitive to others' needs, and knowledgeable in appropriate cross-cultural healthcare are likely to have successful outcomes when they care for culturally diverse clients. The book is written for healthcare providers to identify cultural issues that may affect healthcare. With 487 pages of text and references, I highly recommend *Culture & Clinical Care* to those who work with culturally diverse clients. The book can be perused from beginning to end to assess available content, but may be best used when there is a need to learn more about a culture or ethnic group. I strongly recommend this book to everyone who cares for or work with clients different from themselves.

**Porr, Caroline; Drummond, Jane; Richter, Solina (2006). Health Literacy as an Empowerment Tool for Low-Income Mothers. *Family and***

**Community Health. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 328-335.**

Health literacy commonly refers to the extent to which one can access and accurately interpret healthcare information. Statistics reveal that limited health literacy is prevalent among those of lower socioeconomic status. When working with low-income mothers, it is recommended in this article that healthcare professionals operationalize a broader conceptualization of health literacy than assessment of reading levels and translating knowledge of risk factors for illness and disease. Nutbeam's continuum of functional, interactive, and critical health literacy directs healthcare professionals to expand their health education mandate to encompass equipping low-income mothers with the necessary knowledge and skills to gain control over their lives and optimize the healthy development of their children. Tenets from social cognitive theory, principles from interdependence theory, and strategies from Freire's empowerment education model are integral to successful progression along Nutbeam's health literacy continuum.

**Lee, Eun-Ok; Kim, Jong-Im; Davis, Amy-H.-T; Kim, Inja (2006). Effects of Regular Exercise on Pain, Fatigue, and Disability in Patients With Rheumatoid Arthritis. Family and Community Health. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 320-327.**

Rheumatoid arthritis (RA) is a major health problem in Korea. To explore the effects of regular exercise on pain, fatigue, and disability, a descriptive study was conducted in 435 Korean patients with RA. Exercisers were defined as those who are currently exercising more than 3 times a week, for at least 20 minutes, and for more than 6 consecutive months after being diagnosed with RA. The primary finding was that exercisers had significantly less fatigue and disability compared with nonexercisers. Results suggest that regular exercise has advantages for patients with RA to decrease fatigue and disability.

**Jump, Vonda-K; Fargo, Jamison-D; Akers, James-F. (2006). Impact of Massage Therapy on Health Outcomes Among Orphaned Infants in Ecuador: Results of a Randomized Clinical Trial. Family and Community Health. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 314-319.**

Diarrhea is the second leading cause of death among infants and young children in the developing world. This project investigated whether therapeutic infant massage could reduce diarrheal episodes and decrease overall illness of infants. Infants living in 2 orphanages in Quito, Ecuador, were matched by age and randomly assigned to an experimental or a control condition. The experimental group received an intervention, daily infant massage therapy by orphanage staff or volunteers, which lasted an average of 53 days, and symptoms of illness data were

documented daily by volunteers in the orphanages. Results indicated that control group infants had a 50% greater risk of having diarrhea than experimental infants (rate ratio [RR] = 1.54, 95% confidence interval [CI] = 1.18, 2.03,  $P < 0.001$ ). Control group infants were also 11% more likely than experimental infants to experience illness of any kind (RR = 1.11, 95% CI = 0.96, 1.28,  $P = 0.17$ ). The implications for the use of therapeutic infant massage, a remarkably inexpensive intervention, are discussed, and the need for further research is highlighted.

**Ahern, Nancy-R; Kiehl, Ermalynn-M. (2006). Adolescent Sexual Health & Practice--A Review of the Literature: Implications for Healthcare Providers, Educators, and Policy Makers. Family and Community Health. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 299-315.**

Regardless of the era, youth have engaged in activities that put them at risk and can compromise their health and well-being, in particular sexual experimentation. This article highlights current national and international literature focusing on adolescent sexual health related to health promotion and educational strategies. This information can be useful to family, educators, community health professionals, and policy makers in planning, implementing, and evaluating interventions that target adolescents of diverse cultural backgrounds.

**Harper, Mary-G. (2006). Childhood Obesity: Strategies for Prevention. Family and Community Health. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 288-298.**

The incidence of overweight children aged between 6 and 11 years has more than doubled while the incidence for adolescents from age 12 to 19 has tripled between 1980 and 2000. The prevalence is highest among minorities and children belonging to low socioeconomic classes. Because overweight children tend to become obese adults, the future economic burden on the American healthcare system will be significant. This article examines the prevalence of the problem, highlights research and best practice models, and reviews policy trends related to childhood obesity.

**Turner, K.-Whisnant (2006). Weight Status and Participation in Senior Center Activities. Family and Community Health. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 279-287.**

This study extends exploration of weight status and participation in senior center activities. Center staff surveyed 740 participants in 21 senior centers regarding personal characteristics, program participation, and weight status. Findings indicate participant characteristics exert a significant influence on weight status. Yet, weight status has no significant association with either program participation or perceived benefits from program participation.



Strategies for influencing weight status through program interventions are reviewed and should interest those who view the senior center as a vehicle to enhance health and promote independent living for community-dwelling older adults.

**Hanson, David; Emlet, Charles-A. (2006). Assessing a Community's Elder Friendliness: A Case Example of The AdvantAge Initiative. *Family and Community Health. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 266-278.***

The graying of our population has created a need for elder-friendly communities, but this concept has not been consistently defined nor applied in community assessments. Studies of the topic have examined a range of phenomena--physical environments, religious communities, and access to services--in an attempt to develop a comprehensive model for community assessment. This article describes an elder-friendly community model developed by The AdvantAge Initiative, discusses how it was used to identify assets and areas for improvement in one Western Washington community and how this assessment is informing strategies to improve older adults' quality of life.

**Major, Debra-A; Clarke, Suzanne-M; Cardenas, Rebekah-A; Taylor-Fishwick, Judith-C; Kelly, Cynthia-S; Butterfoss, Frances-D. (2006). Providing Asthma Care in Elementary Schools: Understanding Barriers to Determine Best Practices. *Family and Community Health. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 256-265.***

School nurses play a critical role in the management of children's asthma, yet they face barriers in their efforts to deliver quality care. In this qualitative study involving focus groups with school nurses, we identified key barriers in order to inform best practices. School nurses identified 4 main barriers to effective asthma care in elementary schools: lack of education, lack of communication, lack of resources, and lack of respect. An analysis of the barriers suggests that best practices for asthma care in elementary school settings require collaborative strategies that involve schools, families, the community, and the healthcare profession.

**Sprague, Maureen-A; Shultz, Jill-Armstrong; Branen, Laurel-J. (2006). Understanding Patient Experiences With Goal Setting for Diabetes Self-management After Diabetes Education. *Family and Community Health. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 245-255.***

Diabetes educators need to understand self-care experiences of patients with diabetes in the early stage after diagnosis and education. A survey assessed patient-generated measures of experiences with goals (self-care behaviors) after diabetes education among patients with type 2 diabetes (N = 97) between 6 months and 1.5 years since diagnosis.

Most patients set goals during diabetes education and thought that the goals were useful. There is evidence suggesting that patients experiencing difficulty with traditional self-care behaviors may use approaches to evaluate their diabetes control that are not encouraged in diabetes education, such as monitoring their physical and emotional feelings. Implications for diabetes education and counseling practices are suggested.

**Bushy, Angeline (Ed) (2006). Foreword. *Family and Community Health. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 244.***

The notion of "best practice" is a highly popular concept in the healthcare arena. In light of that trend, information about best practices in various healthcare settings should be collated with a subsequent analysis of state-of-the-art practices in priority areas. This issue of *Family and Community Health* (volume 29, issue 4) is another effort to disseminate information about best practices and the authors examine a range of topics and populations. A guiding principle for identifying a "best practice" is that the model or activity facilitates achievement of optimal health outcomes or improves the efficacy of a system. It is hoped that the articles in this issue will be useful to the reader in achieving that end in practice, research, and policy focusing on families and communities.

**Lancaster, Jeanette (2006). From the editor. *Family and Community Health. Vol 29(4) Oct-Dec 2006, 243.***

This issue of *Family and Community Health* (volume 29, issue 4) features articles that reflect community focused health programs that are innovative and easy to replicate in other areas. They are clear examples of "best practice." These articles are intended to guide the design and implementation of similar programs in other communities. Whether working on a current program or attempting to establish a new program, one of these articles may be an excellent resource. From infant, children, teenagers, people with chronic health issues, and the elderly, these articles offer inventive and resourceful "best practice" examples. I hope that the articles in this issue, which are described in the Foreword, will indeed inspire and guide public health and community endeavors for readers.

**Forrest, Gary-G. (2006). Psychotherapy of alcoholics and substance abusers: Outcome assessment revisited. *Family and Community Health. Vol 7(2) Aug 1984, 40-50.***

Discusses 6 primary assessment measures of patient gain or behavioral change with alcoholics and substance abusers in psychotherapy and rehabilitation work: target-symptom reduction, work performance and job-related behavior, interpersonal relations, psychometric assessment, power-fantasy-oriented

behavior and ideation, and the therapeutic relationship per se. It is concluded that the 1st 4 criteria appear to be the most objective, quantifiable indices of outcome assessment. The interpersonal dimension of behavior is closely associated with the other assessment criteria.

**Whitfield, Charles-L. (2006). Co-alcoholism: Recognizing a treatable illness. *Family and Community Health. Vol 7(2) Aug 1984, 16-27.***

Defines co-alcoholism as ill health or maladaptive, problematic, or dysfunctional behavior that is associated with living, working with, or otherwise being close to a person with alcoholism. It is manifested by a spectrum of symptoms, signs, and problems that range from a lack of symptoms to headaches to suicide. The role of the co-alcoholic in the genesis of alcoholism, the role of the helping professional, making the diagnosis, and institutional co-alcoholism are discussed. People with co-alcoholism and co-chemical dependence are more prevalent than those with primary addictions. Focusing on this segment, which in addition to family members includes most helping professionals, law enforcement workers, politicians, and employers, could result in a cultural change that would force the alcoholic or other chemical dependent into earlier treatment. Education of this co-alcoholic group could stop the enabling, cover-up, and seductive promotion of drugs with abuse and dependence potential.

**Denham, Sharon-A; Meyer, Michael-G; Rathbun, Ann; Toborg, Mary-A; Thornton, Leslie (2006). Knowledge of Rural Nurses' Aides About End-of-Life Care. *Family and Community Health. Vol 29(3) Jul-Sep 2006, 229-241.***

Currently, little is known about the role of nurses' aides (NAs) in rural long-term care facilities or their impact on the process of death and dying in rural healthcare environments. Focus groups with NAs were held in 6 rural counties located in 5 states to assess attitudes and perceptions about end-of-life care and training needs. Key informants from 8 states and the District of Columbia added to the understandings. Nurses' aides (N = 63) and key informants (N = 21) worked in a variety of rural settings that provide end-of-life care (ie, nursing homes, hospitals, hospices, home healthcare agencies). Five themes about the needs of rural NAs around end-of-life care were identified in the focus groups, and 4 themes emerged from key informant interviews. A prototype computer-based training module on communication about end-of-life issues was developed, tested, and found useful and compelling.

**Baffour, Tiffany-D; Jones, Maurine-A; Contreras, Linda-K. (2006). Family Health Advocacy: An Empowerment Model for Pregnant and Pa-**

**renting African American Women in Rural Communities. *Family and Community Health. Vol 29(3) Jul-Sep 2006, 221-228.***

The model of family health advocacy built firmly upon principles of empowerment theory seeks to help individuals, families, and communities to improve their circumstances by incorporating multiple levels of intervention. The goal of family health advocacy is to improve the well-being of pregnant women and mothers of children younger than 2 years by providing social support and health education about risk factors related to infant mortality and prematurity. This program primarily targets rural African American women, a group at high risk. Advocacy and referral for needed medical and social services are provided. This article presents a comprehensive model of health advocacy, including social marketing strategies, recruitment efforts, and curriculum development.

**Lohri-Posey, Brenda (2006). Middle-Aged Appalachians Living With Diabetes Mellitus: A Family Affair. *Family and Community Health. Vol 29(3) Jul-Sep 2006, 214-220.***

Understanding the experiences of low-income Appalachians living with type 2 diabetes mellitus is needed to provide culturally sensitive care. For this qualitative study, 13 adults were recruited from 2 low-income clinics in northern West Virginia through purposive sampling. Through in-depth interviews with the participants, 4 themes were identified: (1) achieving a balance between diet and family needs, (2) adapting to fluctuations in energy levels, (3) balancing family relationships with self-reliance, and (4) dealing with the uncertainty of future health. Nurses working with low-income adults in Appalachia need to provide family-centered diabetes education to meet the cultural needs of this group.

**Wenzel, Jennifer; Utz, Sharon-W; Steeves, Richard-H; Hinton, Ivora; Jones, Randy-A. (2006). Stories of Diagnosis From Rural Blacks With Diabetes. *Family and Community Health. Vol 29(3) Jul-Sep 2006, 206-213.***

Diabetes has a disproportionate impact on people of color, including Black Americans. An understanding of the perspectives of rural Blacks is needed to design effective programs of diabetes care. The purpose of this study was to examine the experience of being diagnosed with diabetes as described by rural Blacks. This descriptive, exploratory study conducted gender-separated focus groups in 3 rural communities to capture diagnosis perspectives. Findings may be useful to healthcare professionals providing diabetes care to rural Blacks. Participants could describe events surrounding diagnosis with clarity. For many, the diagnosis was not an emotional and/or surprising experience. Participants commonly used expressive or figurative language

to relate their stories of diagnosis, and gender differences were noted. Descriptions of diagnosis revealed valuable information about participants' perceptions of their diabetes.

**Utz, Sharon-W; Steeves, Richard-H; Wenzel, Jennifer; Hinton, Ivora; Jones, Randy-A; Andrews, Dana; Muphy, Alison; Oliver, M.-Norman (2006). "Working Hard With It": Self-management of Type 2 Diabetes by Rural African Americans. *Family and Community Health. Vol 29(3) Jul-Sep 2006, 195-205.***

The specific aims of this study were to describe the experience of self-managing type 2 diabetes among rural dwelling African Americans, to identify facilitators and barriers to self-management, to describe the use of prescribed and alternative therapies, and to elicit recommendations for programs of diabetes care. Ten focus groups were held in 3 rural communities. Men and women were in separate groups with facilitators matched by race and gender. Seventy-three participants attended the focus groups to discuss the management of diabetes. Group sessions were tape-recorded and transcribed; field notes were also taken. Data were analyzed using Folio Views software and were reviewed by the multidisciplinary team. Results indicate both unique and common themes from this population.

**Merwin, Elizabeth; Snyder, Audrey; Katz, Elizabeth (2006). Differential Access to Quality Rural Healthcare: Professional and Policy Challenges. *Family and Community Health. Vol 29(3) Jul-Sep 2006, 186-194.***

Using a national dataset, the influence of the community and individual provider characteristics on the availability of healthcare resources in rural areas was evaluated. Disparities continue to exist in the availability of providers including organizational types of providers such as Community Health Centers and Community Mental Health Centers. A lower percentage of nonmetropolitan counties have such centers, and more rural counties within the general grouping of nonmetropolitan counties have fewer of these organizational resources. A case study on the Southwestern region of Virginia is presented to highlight the impact on health outcomes and an innovative community response to the lack of availability of needed healthcare services.

**Hauenstein, Emily-J; Petterson, Stephen; Merwin, Elizabeth; Rovnyak, Virginia; Heise, Barbara; Wagner, Douglas (2006). Rurality, Gender, and Mental Health Treatment. *Family and Community Health. Vol 29(3) Jul-Sep 2006, 169-185.***

Mental health problems are common and costly, yet many individuals with these problems either do not receive care or receive care that is inadequate. Gen-

der and place of residence contribute to disparities in the use of mental health services. The objective of this study was to identify the influence of gender and rurality on mental health services utilization by using more sensitive indices of rurality. Pooled data from 4 panels of the Medical Expenditure Panel Survey (1996-2000) yielded a sample of 32,219 respondents aged 18 through 64. Variables were stratified by residence using rural-urban continuum codes. We used logistic and linear regression to model effects of gender and rurality on treatment rates. We found that rural women are less likely to receive mental health treatment either through the general healthcare system or through specialty mental health systems when compared to women in metropolitan statistical areas (MSA) or urbanized non-MSA areas. Rural men receive less mental health treatment than do rural women and less specialty mental health treatment than do men in MSAs or least rural non-MSA areas. Reported mental health deteriorates as the level of rurality increases. There is a considerable unmet need for mental health services in most rural areas. The general health sector does not seem to contribute remarkably to mental health services for women in these areas.

**Annan, Sandra-L. (2006). Sexual Violence in Rural Areas: A Review of the Literature. *Family and Community Health. Vol 29(3) Jul-Sep 2006, 164-168.***

While some research has demonstrated the problems associated with sexual assault in urban areas, rural areas, however, have not been studied extensively. The studies on sexual assault in rural areas are discussed and some common concerns are identified. These include stranger versus acquaintance assault, hesitance to report assaults, blaming attitudes, and the need for more and faster services. The need for further research covering risk factors and treatment of sequelae is discussed.

**Bushy, Angeline (Ed); Steeves, Richard-H (Ed) (2006). Foreword. *Family and Community Health. Vol 29(3) Jul-Sep 2006, 162.***

Rural communities represent about 20% of the US population and are as culturally diverse as urban communities. A combination of factors not generally found in urban areas contribute to health disparities in rural areas. This issue of Family and Community Health focuses on rural healthcare issues. The articles herein represent a variety of topics and offer some novel approaches to addressing rural disparities. Two of the articles represent research using large datasets focusing on mental health care services in rural areas. Hauenstein et al describe how gender and place of residency, rural and nonrural, affect reports of mental health status and the use of mental health services. Three articles address type II diabetes mellitus. The remaining

## Abstracts

articles differ by subject but identify a common need for better access to services and caregiver education in rural areas.

**Lancaster, Jeanette (2006). From the Editor. Family and Community Health. Vol 29(3) Jul-Sep 2006, 161.**

This editorial discusses treatment facilities that are available in the rural environment. The sense of comfort and protection in rural areas when you are away from the hustle and bustle of the city and the pressures of day-to-day fast-lane life is pleasant. The author asks the reader to suppose for a moment that you (the reader) became ill and suddenly needed medical attention. The isolation that was once so peaceful becomes frightening. The facilities are limited and difficult to find. More advanced care is hours away and finding transportation is not easy. Quickly the quiet and small rural environment becomes hindering for all of the reasons it is cherished. This issue features articles with a wide range of foci on different areas of health in relation to rural communities. From being diagnosed to managing diabetes in rural communities to providing support for pregnant and parenting women, there are many areas of healthcare that are shown to have unique needs when set in a rural setting. Mental health services for those in rural communities are also described as an area of great need and disparity as well as one of importance.

**Reybold, L.-Earle; Polacek, Georgia-N.-L.-Johnston (2006). A critical perspective of health empowerment: The breakdown of theory-to-practice in one Hispanic subculture. Family and Community Health. Vol 29(2) Apr-Jun 2006, 153-157.**

Health continues to be a distinct advantage for the educated, correlating to differential access to preventive services and comprehensive healthcare. From a critical perspective, effective health education encourages lifelong health through personal, social, and political empowerment. Without attention to cultural issues that impact program planning, though, an ideology of health empowerment is insufficient to challenge inequities. We offer our experience of the breakdown of theory-to-practice, believing that critique of failure is an essential feature of reflective practice and improved educational programming. We challenge health educators to be constantly mindful of politics of partnerships that span diverse experiences and expectations.

**Vallejos, Quirina; Strack, Robert-W; Aronson, Robert-E. (2006). Identifying culturally appropriate strategies for educating a Mexican immigrant community about lead poisoning prevention. Family and Community Health. Vol 29(2) Apr-Jun 2006, 143-152.**

Lead paint is one source of exposure for lead poisoning; however, recent Latino and other immigrant populations are also at risk of exposure through ceramic cooking pots with lead glaze, some imported candies, and certain stomach ailment home remedies. Public health agencies and practitioners acknowledge that Latino families should be educated about lead poisoning prevention but report barriers to conducting outreach and education in Latino communities. This study reports findings from focus groups and interviews with the local Latino immigrant community and professionals on (1) current knowledge and beliefs about lead poisoning and (2) recommendations of culturally appropriate educational strategies.

**Heitman, Linda-K. (2006). The influence of social support on cardiovascular health in families. Family and Community Health. Vol 29(2) Apr-Jun 2006, 131-142.**

The purpose of this qualitative study was to identify how social support in families can influence the health behaviors of multigenerational families already at risk for cardiovascular disease (CVD). Using a case study method, semistructured individual and family group interviews were conducted of 3 members of 10 families (N = 30) with known cardiovascular risk. Each family member represented a different generation. The index member was a senior or middle family member who had undergone coronary bypass surgery. A convenience sample was recruited from individuals having had coronary bypass surgery at a regional hospital in a rural area. Prior to group family interviews, each participant completed a behavior risk questionnaire to determine high or low risk of CVD. A subsample of 6 participants received individual interviews. A participant with high CVD risk and one with low CVD risk represented each generation. Themes generated from the family interviews formed the basis for the individual interview questions. All interviews were audiotaped and transcribed, and interviewer reflections were documented. Analysis consisted of coding, naming, and categorizing data according to conceptual patterns. The findings revealed examples of family social support that influenced cardiovascular health behaviors. Opportunities are identified as to when healthcare professionals can encourage positive social support and sustained changes in health behaviors in families already at risk for CVD.

**Fisher, Joslyn-W; Shelton, Andrea-J. (2006). Survivors of domestic violence: Demographics and disparities in visitors to an interdisciplinary specialty clinic. Family and Community Health. Vol 29(2) Apr-Jun 2006, 118-130.**

Although the traditional response to domestic violence has been undertaken by legal and human service agencies, this societal issue has become

increasingly recognized as a national public health concern. While identification and intervention in cases of domestic violence are widely recommended, little data exist on intervention outcomes. This retrospective study describes similarities and disparities in sociodemographic variables, health status, referral characteristics, and management strategies among patients referred to a specialty clinic for survivors of domestic violence.

**Young, Deborah-Rohm; Stewart, Kerry-J. (2006).** A church-based physical activity intervention for African American women. *Family and Community Health. Vol 29(2) Apr-Jun 2006, 103-117.*

This trial evaluated a 6-month, church-based aerobic exercise intervention to increase physical activity among African American women relative to a health lecture and stretching condition. Participants were 196 women from 11 churches. Churches were randomized to an Aerobic Exercise or Health N Stretch intervention. Results indicated that physical activity was not different in Aerobic Exercise and Stretch N Health, although attendance in both interventions was low. Both groups reduced physical inactivity prevalence from baseline (26% and 18% decline, respectively). Higher baseline social support predicted change in physical activity, regardless of treatment assignment. Researchers must continue to work to identify successful intervention strategies to increase physical activity in African American women who are at disproportionate risk of chronic diseases associated with physical inactivity.

**Kuhajda, Melissa-C; Cornell, Carol-E; Brownstein, J.-Nell; Littleton, Mary-Ann; Stalker, Varena-G; Bittner, Vera-A; Lewis, Cora-E; Raczynski, James-M. (2006).** Training community health workers to reduce health disparities in Alabama's black belt: The Pine Apple Heart Disease and Stroke Project. *Family and Community Health. Vol 29(2) Apr-Jun 2006, 89-102.*

African American women have significantly higher mortality rates from heart disease and stroke than White women despite advances in treatment and the management of risk factors. Community health workers (CHWs) serve important roles in culturally relevant programs to prevent disease and promote health. This article describes the Pine Apple Heart and Stroke Project's activities to (1) revise the Women's Wellness Sourcebook Module III: Heart and Stroke to be consistent with national guidelines on heart disease and stroke and to meet the needs of African American women living in rural southern communities; (2) train CHWs using the revised curriculum; and (3) evaluate the training program. Revisions of the curriculum were based on recommendations by an expert advisory panel, the staff of

a rural health clinic, and feedback from CHWs during training. Questionnaires after training revealed positive changes in CHWs' knowledge, attitudes, self-efficacy, and self-reported risk reduction behaviors related to heart disease, stroke, cancer, and patient-provider communication. This study provides a CHW training curriculum that may be useful to others in establishing heart disease and stroke programs in rural underserved communities.

**Aldridge, Molly-L; Daniels, Julie-L; Jukic, Anne-Marie (2006).** Mammograms and healthcare access among US Hispanic and non-Hispanic women 40 years and older. *Family and Community Health. Vol 29(2) Apr-Jun 2006, 80-88.*

Compared to non-Hispanic women, Hispanic women have disproportional mortality rates due to breast cancer. Mammographic screening detects breast cancer in its early stages and reduces mortality. We examined data obtained from the 2002 Behavioral Risk Factor Surveillance System questionnaire using logistic regression analyses to study the relationships between demographic and healthcare factors and mammography use among Hispanic and non-Hispanic White women 40 years and older. Overall, the odds of ever having had a mammogram were similar among Hispanic and non-Hispanic White women (odds ratio = 1.2; 95% confidence interval = 0.9,1.6), when adjusted for age, employment status, and other demographic variables. Having a personal physician and the type of healthcare facility typically used were associated with mammography use, regardless of Hispanic ethnicity. Although associations between mammography use and demographic factors were similar between ethnic groups, larger proportions of Hispanics had demographic characteristics that were negatively associated with mammography use. Establishing policies and mechanisms to provide all women with regular access to a personal physician or healthcare professional for their preventive and nonemergency healthcare needs may improve mammography use among both Hispanic and non-Hispanic White women. Similarly, reaching out to women who are uninsured and who use facilities other than physicians' offices for their healthcare needs may increase the use of mammography among both ethnic groups.

**Higginbotham, John-C. (2006).** Foreword. *Family and Community Health. Vol 29(2) Apr-Jun 2006, 78.*

This foreword from the editor discusses the health care disparities in the public health care system. The root cause of which are racism (or, more broadly, social injustice) and economic, educational, and environmental inequalities—all important focal points that need immediate attention. These articles and the entire body of work on health disparities is greatly needed to help inform public

policy so that the systematic changes that must be made to end health disparities can be made. We must continue to address health disparities at every turn, but as we do so we must also look at the root causes that have brought us to this point. In that way, we can inform and support those who will take this battle upstream. We must continue our efforts at reducing disparities and report those results, as the authors do in this issue, in order to document the greatest struggles, the opportunities for change, and the differences that can be made.

**Lancaster, Jeanette (2006).** From the editor. **Family and Community Health.** Vol 29(2) Apr-Jun 2006, 77.

This editorial offers the following ideas regarding health disparities. While working on an oncology unit, many patients and their family pointed out concerning the late stages in which their cancer was found. There are many reasons why people do not go immediately to a healthcare professional when something seems wrong: fear, embarrassment, denial. But when the reasons are access, education, money, or racism, there is seemingly also a sense of injustice involved. Helping the populations who need many preventive health services and programs is a complex goal. Public health and other community-based professionals have done an excellent job in providing programs, education, and training to reach those who cannot reach us.

**Warms, Catherine (2006).** Physical Activity Measurement in Persons With Chronic and Disabling Conditions: Methods, Strategies, and Issues. *Family and Community Health.* Vol 29(1,Suppl) Jan-Mar 2006, 78S-88S.

Measuring the physical activity of persons with chronic and disabling conditions presents complexities related to measuring instruments, the intensity of the activity being measured, the population being measured, and individual behavior and health status. They often have limitations in mobility that do not preclude physical activity but contribute to the complexity of measuring it, such as slow or altered gait, inability to walk, and the need for assistive devices. This article reviews currently available ways to measure physical activity, describes strengths and weaknesses of various measures, and provides examples of complexities in measuring physical activity in people who move differently.

**Becker, Heather (2006).** Measuring Health Among People With Disabilities. *Family and Community Health.* Vol 29(1,Suppl) Jan-Mar 2006, 70S-77S.

The evolution in our understanding of health has profound implications for people with disabilities. The purpose of this article is to explore how health has been defined and measured for people with disabilities. This article concludes with recommen-

dations to improve measurement of health among people with disabilities. These recommendations include clarifying conceptual and operational definitions of health with input from people with disabilities, exploring whether existing health measures might be modified to encompass environmental supports for staying healthy and avoiding secondary conditions, and conducting population-based studies of health status of people with disabilities.

**Rew, Lynn (2006).** Sexual Health Promotion in Adolescents With Chronic Health Conditions. *Family and Community Health.* Vol 29(1,Suppl) Jan-Mar 2006, 61S-69S.

Sexual health promotion is essential to the health and well-being of adolescents, including those with chronic health conditions. The purposes of this article are to define sexual health and to describe the physical, cognitive, psychosocial, and spiritual domains of adolescent development, with special focus on the sexual health needs of adolescents with various chronic health conditions. The article concludes with several suggestions for healthcare professionals, parents, and teachers in addressing sexual health promotion in this vulnerable population.

**Coward, Doris-D. (2006).** Supporting Health Promotion in Adults With Cancer. *Family and Community Health.* Vol 29(1,Suppl) Jan-Mar 2006, 52S-60S.

Health promotion includes motivating people to embrace behaviors that both improve their emotional and physical quality of life and reduce their risk for premature morbidity and mortality. Although the majority of adults treated for cancer in the United States live free of disease for many years, many survivors experience lasting side effects and complications of treatment. Others encounter recurrences or new cancers that require additional treatment. Cancer is an incentive for many survivors to make health-promoting lifestyle changes. This article delineates the need for health promotion among adult cancer survivors, describes a cancer support model that facilitates personal behaviors that promote health, and discusses design implications for cancer supportive services.

**Hughes, Rosemary-B. (2006).** Achieving Effective Health Promotion for Women With Disabilities. *Family and Community Health.* Vol 29(1,Suppl) Jan-Mar 2006, 44S-51S.

The field of health promotion has yet to acknowledge the unique needs of women with disabilities, a population representing approximately 1 of 5 women in the United States. Compared with women without disabilities, women with disabilities have critical needs for evidence-based health promotion services. Women with disabilities face a lack of access to multitudinous opportunities for

maintaining and improving their overall health. Inaccessible exercise equipment and other disability-related barriers discourage women with physical disabilities from engaging in health-promoting behaviors. This article identifies 10 essential elements for achieving effective health promotion research and interventions for women in this population.

**Smeltzer, Suzanne-C. (2006). Preventive Health Screening for Breast and Cervical Cancer and Osteoporosis in Women With Physical Disabilities. *Family and Community Health. Vol 29(1,Suppl) Jan-Mar 2006, 35S-43S.***

Although the Americans With Disabilities Act was enacted 15 years ago in an effort to improve access of people with disabilities to a broad range of services, women with physical disabilities continue to receive less preventive health screening than women without disabilities and less than is recommended. Furthermore, women with more severe disabilities undergo less screening than those with mild or moderate severity of disability. This article reviews findings of studies on health screening for breast and cervical cancer and osteoporosis in women with physical disabilities and identifies practice and research implications on the basis of those findings to improve the health status of women with physical disabilities.

**Stuifbergen, Alexa-K. (2006). Building Health Promotion Interventions for Persons With Chronic Disabling Conditions. *Family and Community Health. Vol 29(1,Suppl) Jan-Mar 2006, 28S-34S.***

There is a growing number of persons with chronic disabling conditions and a concurrent interest and need for health-promotion interventions to prevent disability and promote quality of life within the context of chronic conditions. Most often researchers/clinicians build their own intervention focusing on selected dimensions of health promotion for a specific population. This article recommends an alternative process of building health-promotion interventions for specific groups through the adaptation of content and processes of well-developed intervention frameworks with sound theoretical and empirical support. This efficient approach enhances the likelihood that new interventions will prove to be effective and enhance the quality of life for persons with chronic disabling conditions.

**Garcia, Alexandra (2006). Is Health Promotion Relevant Across Cultures and the Socioeconomic Spectrum? *Family and Community Health. Vol 29(1,Suppl) Jan-Mar 2006, 20S-27S.***

Is health promotion a White middle-class phenomenon that people from other cultures and classes do not regard as important? When implementing health-promotion initiatives, are healthcare

providers making assumptions that are not valid for other cultural or socioeconomic groups? How do people of various cultures and classes perceive health and health promotion? To explore these questions, this article reviews some of the relevant literature on culture and class in relation to health promotion, exploring issues foundational to the effectiveness of health-promotion programs and pertinent to delivering health-promotion interventions to ethnic, racial, and cultural minorities and poor populations. Health promoters are encouraged to consider the social determinants of their patients' health and tailor programs on the basis of their patients' motivations and resources.

**Harrison, Tracie (2006). Health Promotion for Persons with Disabilities: What Does the Literature Reveal? *Family and Community Health. Vol 29(1,Suppl) Jan-Mar 2006, 12S-19S.***

A search of MEDLINE and CINAHL databases for research on disability and health promotion was done. Twenty-three articles were categorized into 1 of 3 areas: the meaning of health and health promotion, factors that contribute to health and health promotion, and health promotion interventions. Overall, health and health promotion were inductively defined concepts that emphasized function, relationships, and a positive mental attitude. Barriers to health promotion were frequently reported, fatigue being most common. Moreover, better health outcomes were reported when people with disabilities engaged in health-promoting behaviors. There were few interventions found, with only 1 being a randomized clinical trial.

**Thorne, Sally (2006). Patient--provider communication in chronic illness: A health promotion window of opportunity. *Family and Community Health. Vol 29(1,Suppl) Jan-Mar 2006, S4-S11.***

As chronic illness takes its rightful place as an imperative for planners and policy makers globally, the obligation to provide appropriate self-care management support and promote optimal health among the chronically ill is attracting considerable attention. A generation of insider research into the chronic illness experience has yielded powerful evidence of the critical importance of communication between the chronically ill and those who provide their healthcare services. In this article, insights gained from the body of chronic illness research shape recommendations for attitudinal and structural adjustments that might steer our course toward promoting improved health for those affected by a chronic disease.

**Stuifbergen, Alexa (2006). Foreword. *Family and Community Health. Vol 29(1,Suppl) Jan-Mar 2006, 2S-3S.***

In recognition of the serious health disparities that underserved groups experience, the University of

Texas at Austin School of Nursing created the Center for Health Promotion/Disease Prevention Research in Underserved Populations and will sponsor the a series of conferences/collaboratories during 2005-2009, each focusing on a specific underserved group. All papers included in this journal issue relate to the first conference, held in April 2005, which focused on promoting health for persons with chronic disabling conditions. The article then describes topics of the individual papers.

**Lancaster, Jeanette (2006). From the editor. Family and Community Health. Vol 29(1,Suppl) Jan-Mar 2006, 1S.**

In the presence of disability and chronic illness there can be and often is health. In nursing we are an integral part of promoting the health of all individuals. It is the belief in their health and promotion of it that help to increase their quality of life and positive perception of themselves.

**Jerome-D'Emilia, Bonnie (2006). The nation's health. Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 74.**

Reviews the book *The Nation's Health* by Philip R. Lee and Carroll L. Estes (2003). In this seventh edition, a compendium of articles has been collected to address the broad and rapidly changing health policy landscape in the United States. The purpose of this book is to present a range of views about the current state of healthcare, with a particular emphasis on population health, and prospects for the future of the US healthcare system. Nurses as well as students of public health are the intended audience for this book. The book is divided into 7 parts, each composed of 1 to 2 chapters. The chapters vary from theoretical analysis of policy in "The Study of Public Policy Processes" to the very practical "Drug Coverage for Medicare Beneficiaries." There is a very limited role for tables and figures, most of the chapters being straight text. The authors of the articles in this book include many familiar and important writers and thinkers in health policy, so that a wealth of facts and analyses of critical issues is offered, and may also overwhelm the beginning student of healthcare.

**Lancaster, Jeanette (2006). The little book of stress relief. Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 73.**

Reviews the book *The Little Book of Stress Relief* by David Posen (2004). This is an interesting book, and the route the author took to writing it is also interesting. This book is organized into 52 short sections--1 for each week of the year. Each chapter begins with a story or analogy and ends with prescriptions that are specific, simple, and concrete things the reader can do. He says that his goal is to provide a guide to enable readers to make gradual changes to reduce their stress and improve their

health. For the person who has done a lot of reading about stress, the book is a primer. For new readers on this subject, the book will have much information to offer. Even for those of us who have studied stress, its consequences, and how to more effectively handle it, the book is a helpful refresher. This interesting, easy to read, and useful book can make a great gift to a friend or colleague who leads a hectic and demanding life and who wants to "get control."

**Kelly, Patricia-J. (2006). Health program planning and evaluation: A practical, systematic approach for community health. Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 72-73.**

Reviews the book *Health Program Planning and Evaluation: A Practical, Systematic Approach for Community Health* by L. Michele Issel (2004). Intended for graduate students and administrators learning program planning and evaluation on the job, *Health Program Planning and Evaluation* provides an organized, practical approach to the field for both planners and clinicians. The author begins with an initial overview of critical issues in health program development and evaluation today, and proceeds through the logistics of assessment, theory selection, goal setting, and program implementation, and ends with several detailed chapters on evaluation strategies, analysis, reporting, and use. The book's material is presented in an easily readable style and the content is accurate, up-to-date, and appropriate for both graduate introductory and advanced application courses. The book fills a gap in practice resources by bringing together the many necessary components for program planning and evaluation.

**Goody, Cynthia-M. (2006). Paso a paEspanol para profesionales de salud/Step by step: Spanish for health professionals. Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 71-72.**

Reviews the book *Paso a PaEspanol Para Profesionales De Salud/Step by Step: Spanish for Health Professionals* by Bender, D. E. et al (2002). Language differences may be one of the strongest factors influencing the racial and ethnic disparities in healthcare services and outcomes in the United States. Practitioners who cannot communicate, to some extent in another language, may not be able to fulfill their clients' needs. For novice Spanish speakers who want to quickly increase their communication skills and health-related vocabulary, the *Paso a Paso/Step by Step* handbook and accompanying CD is an effective resource for group learning. This book is organized using specific pasos, "steps," each designed to be a chapter, with a total of 6 chapters. Each chapter contains 7 activities dedicated to increased Spanish learning and prac-



tice. This book emphasizes communicative language learning, a speaking and learning process, rather than grammar and language structure lessons. For healthcare professionals seeking to advance their Spanish speaking and listening skills, this well-developed and organized text is an excellent resource to consult.

**Johnson, Cynthia (2006). International public health: diseases, programs, systems, and policies. *Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 69-71.***

Reviews the book International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies by Michael H. Merson, Robert E. Black, and Anne J. Mills (2001). Merson, Black, and Mills have come up with an extremely useful book that provides the reader with a global perspective about the public health problems and challenges facing various developing countries (low- and middle-income countries). This text is written for both teachers and students involved in the education, practice, administration, and research in international public health. I think that this book attempts to provide an international perspective on the major public health issues common to many countries. Health risks, practices, and behaviors are global in nature. This book focuses on the need to provide effective solutions taking into consideration the culture, health beliefs, and behaviors of a cultural group. While there are common themes that flow through each chapter, the authors skillfully customize some of the findings for the specific countries. The content is accurate and in most cases complete. There is no uniform style for all chapters, but this can be attributed to the various disciplines involved. Some topics are not addressed as completely as others, which could be because of limited information available on the subject.

**Dossenback, Marcy-L; Goody, Cynthia-M. (2006). Get your act together, think healthy, be healthy. *Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 69.***

Reviews the book Get Your Act Together, Think Healthy, Be Healthy by Frank G. Addleman (2004). Taking his audience on a motivational journey, Addleman promotes increased knowledge, confidence, and inspiration toward achieving health and fitness. The author shatters myths and misconceptions that people have about the power they have to control the future of their health. This book is organized into 75 short chapters that provide simple discussions, most often in lay terms, about nutrition and exercise basics. Included are not only chapters filled with facts and statistics related to nutrition, exercise, health, and disease, but several chapters include stories intended to motivate the reader to make appropriate lifestyle changes conducive to better health. This book uses an informal approach

and resembles a self-help manual. It offers accurate, up-to-date information about the benefits of healthier eating habits and exercise. This book is an accurate and appropriate reference in that it offers simple recommendations for how to change lifestyle and dietary behaviors. Readers will find this book empowering, motivating, and offering no hypes or fad solutions, just the facts.

**Weinstein, Lenore-B. (2006). The radiation sonnets: For my love in sickness and in health. *Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 68.***

Reviews the book The Radiation Sonnets: For My Love in Sickness and in Health by Jane Yolen (2003). The author wrote this as a daily diary to vent her feelings and help her cope with her husband's radiation treatments for an inoperable cancerous skull tumor. The daily written sonnets coincided with the 43 days of radiation treatments. There is an introduction, "The Beginning," and a concluding section, "An After," which gives the book a context. There are neither pictures nor page numbers, just a daily chronicling of the author's feelings and emotions, which run the gamut from cautiously optimistic, uplifting and celebratory to despair, anger, frustration and resignation. The various sonnets' contents revolve around the titles' topics. The book is useful to anyone who has experienced personally, or through a family member or friend undergoing radiation treatments, as they can easily relate to many of the subjects raised in the book's 14 line poems. In addition, those who work with and treat individuals in radiation therapy would benefit from reading the book so that they could recommend it to others.

**Hughes, Roger (2006). A socioecological analysis of the determinants of national public health nutrition work force capacity: Australia as a case study. *Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 55-67.***

This article uses a socioecological analytical approach to assess the capacity of the public health nutrition work force in Australia as a prelude to work force development strategy planning. It demonstrates how the socioecological model can be used to assess and inform the development of the infrastructure required for effective public health nutrition effort. An interpretive case study method was used involving triangular analysis of quantitative and qualitative data from multiple sources including semistructured interviews with advanced-level practitioners, literature review, a cross-sectional national work force survey, and position description audit and consensus development using a Delphi study. The findings of this analysis indicate that the Australian public health nutrition work force's capacity to effectively address priority nutrition issues is limited by determinants that can be

categorized as relating to human resource infrastructure, organizational and policy environments, intelligence access and use, practice improvement and learning systems, and work force preparation. This socioecological analysis supports an intelligence-based focus for work force development effort in Australia and a conceptual framework for work force capacity assessment with potential applications in other countries.

**Evans, Alexandra-E; Dave, Jayna; Tanner, Andrea; Duhe, Sonya; Condrasky, Margaret; Wilson, Dawn; Griffin, Sarah; Palmer, Meredith; Evans, Martin (2006). Changing the home nutrition environment: Effects of a nutrition and media literacy pilot intervention. *Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 43-54.***

The specific aim for this pilot study was to evaluate the effectiveness of a nutrition and media literacy intervention targeting elementary students and their parents. The purpose of the intervention was to increase child fruit and vegetables (FV) consumption and change the home nutrition environment (measured with FV availability and accessibility and parental social support). During the intervention, students learned about nutrition, the role media plays in shaping values concerning nutrition, and developed a media campaign for their parents. A quasi-experimental research design was used to evaluate the effectiveness of the intervention. The media intervention was effective in changing the home environment.

**Novilla, M.-Lelinneth-B; Barnes, Michael-D; De-La-Cruz, Natalie-G; Williams, Patrick-N; Rogers, Janice (2006). Public health perspectives on the family: An ecological approach to promoting health in the family and community. *Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 28-42.***

The family, as a setting of practice, is increasingly recognized as critical to health promotion. A better understanding of the nature and process through which families take an active part in their own health can serve as the basis for designing and linking health interventions with public health programs. The integrating function of the family, viewed through an ecological context, makes it an effective entry point and central focus in health promotion.

**Evans, Alexandra-E; Wilson, Dawn-K; Buck, Jacquelynn; Torbett, Heather; Williams, Joel (2006). Outcome expectations, barriers, and strategies for healthful eating: A perspective from adolescents from low-income families. *Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 17-27.***

To better understand outcome expectations, barriers, and strategies for healthful eating, 5 structured focus groups were conducted with adolescents from low-income families (n = 48; 83% Black students; 10-14 years old). The focus group questions dealt with healthful eating in different settings: home, school, and other eating establishments. Results suggested that healthful eating is important to this population, but perceived barriers prevent the consistent consumption of healthful foods. Strategies suggested by participants to increase healthful eating (eg, parents and schools making healthy foods that look and taste good more available) should be considered when developing nutrition interventions for adolescents from low-income families.

**Ahye, Brenda-A; Devine, Carol-M; Odoms-Young, Angela-M. (2006). Values expressed through intergenerational family food and nutrition management systems among African American women. *Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 5-16.***

This grounded theory investigation aimed to understand intergenerational family roles and the food management strategies of African American women from a social-ecological perspective. Thirty women from 10 low/moderate-income 3-generation urban families participated in interviews covering roles, health, nutrition, and food management strategies. Four dynamic family systems for managing food and nutrition emerged from qualitative data analysis. Participants expressed values of responsibility, social connections, caretaking, reward, and equal opportunity, and fulfilling responsibilities for family care, connections, and finances. These values and systems provide a basis for culturally appropriate, interpersonal-level nutrition interventions among African American women that build on family structures, needs, and resources.

**Haughton, Betsy (2006). Applying the social-ecological model to nutrition issues that promote health and prevent disease. *Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 3-4.***

Discusses the application of the socio-ecological model to nutrition issues that promote health and prevent diseases. The model identifies 5 targets of interventions: individual factors, interpersonal factors, organizational factors, community factors, and system or policy factors. Nutrition interventions targeted at individual factors are often designed to change knowledge, attitudes, or eating behaviors of individuals, whether they be children or adults. In this issue Novilla and colleagues argue in their review article that significant health improvements can be achieved within this multilevel context and at these various levels of influence by starting with the family as the center of this network. Interventions targeted at interpersonal factors within families or other small groups often rely on formal and

informal social networks for improved nutrition-related health outcomes. An article by Evans and colleagues concludes that environmental and policy changes at home, schools, and when eating out with friends may motivate adolescents to eat a healthier diet. The policy or systems level of the social-ecological model is addressed by Hughes and his study of the Australian public health nutrition work force.

**Lancaster, Jeanette (2006). From the editor. Family and Community Health. Vol 29(1) Jan-Mar 2006, 1-2.**

Discusses this journal issue, which centers on a topic that is of vital importance on the individual,

national, and global scale, that being nutrition and health. The Centers for Disease Control and Prevention estimates that approximately 65% of all Americans are either overweight or obese, and that the number of overweight children and adolescents has doubled within the past 20 years. The National Council on the Aging reports that the proportion of Americans over the age of 65 who are not able to receive proper nutrition and food is growing at an alarming rate. The articles in this issue make it clear that the nutritional needs and challenges facing America's population also face populations in many other countries of the world.

## Health Psychology

**Hall, Peter-A; Elias, Lorin-J; Crossley, Margaret (2006). Neurocognitive Influences on Health Behavior in a Community Sample. *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 778-782.***

Context: Dominant models of individual health behavior omit biological variables entirely and are composed almost exclusively of social-cognitive and conative variables. Research from the neurosciences suggests a role for brain function in explaining behaviors that require active self-regulation for consistent performance. However, the association between brain function and health behavior is underexplored. Objective: To examine the predictive power of executive function for 2 health risk behaviors and 2 health protective behaviors in healthy adults. Design: A cross-sectional community sample (N = 216) of adults 20-100 years of age were administered a battery of neuropsychological tests and completed self-report questionnaires regarding their health practices. It was hypothesized that poor performance on neuropsychological tests tapping executive function would be associated with poor health behavior tendencies. Results: Errors on the Stroop task were positively associated with health risk behavior and negatively associated with health protective behavior after controlling for demographics, education, and IQ. Conclusion: Executive function is associated with health behavior tendencies. If the association is causal, explanatory models of individual health behavior should be revised to account for individual differences in biologically imbued self-regulatory abilities.

**Montoya, Isaac-D; Bell, David-C. (2006). Perceiver and Relationship Effects on Perceptions of HIV Status: A Naturalistic Study in a High Drug Use Sample. *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 771-777.***

This article examines the effect of target, perceiver, and relationship characteristics on the perceiver's

assessment that the target may be HIV seropositive (HIV+). A sample of 267 persons was recruited from low income, high drug use neighborhoods. Respondents (perceivers) were asked to name people (targets) with whom they had a social, drug sharing, or sexual relationship. Perceivers described 1,640 such relationships. Perceivers were asked about the targets' age, gender, and race/ethnicity, whether the targets were good-looking, their level of trust with the target, and how long they had known them. Perceivers were then asked to evaluate the chances that the target mentioned was HIV+. Two regression models were estimated on the 1,640 relationships mentioned. Model 1 included variables reflecting only target characteristics as independent variables. Model 2 included variables reflecting target characteristics as well as variables reflecting target perceivers and perceiver-target relationship characteristics. The results showed that targets that were female, younger, and good-looking were perceived as being less likely to be HIV+. However, when accounting for perceiver and relationship effects, some of the target characteristic effects disappeared.

**Pollak, Kathryn-I; Baucom, Donald-H; Peterson, Bercedis-L; Stanton, Susan; McBride, Colleen-M. (2006). Rated Helpfulness and Partner-Reported Smoking Cessation Support Across the Pregnancy-Postpartum Continuum. *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 762-770.***

Support interventions have not changed smoking cessation rates significantly. The pregnancy-postpartum continuum presents a unique opportunity to examine patterns of support. Expectant couples (N = 477) were surveyed twice during pregnancy and 3 times postpartum. Partners reported positive and negative smoking-specific support; women reported the helpfulness of partner support. Linear trends suggest that women viewed support

as more helpful during pregnancy than during postpartum. Partners' provision of positive support across the continuum depended on their smoking; provision of negative support depended on women's smoking. Partners who smoked provided lower levels of both positive and negative support, especially postpartum. Women who smoked throughout the pregnancy perceived their partner's negative support as helpful. Implications are that partners who smoke may need help staying engaged in the support process. Partners may provide negative support in response to women's smoking cues. Women who are struggling with cessation may not view negative support as negative.

**Jim, Heather-S; Richardson, Susan-A; Golden-Kreutz, Deanna-M; Andersen, Barbara-L. (2006). Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors. *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 753-761.***

The search for meaning in life is part of the human experience. A negative life event may threaten perceptions about meaning in life, such as the benevolence of the world and one's sense of harmony and peace. The authors examined the longitudinal relationship between women's coping with a diagnosis of breast cancer and their self-reported meaning in life 2 years later. Multiple regression analyses revealed that positive strategies for coping predicted significant variance in the sense of meaning in life--feelings of inner peace, satisfaction with one's current life and the future, and spirituality and faith--and the absence of such strategies predicted reports of loss of meaning and confusion ( $ps < .01$ ). The importance and process of finding meaning in the context of a life stressor are discussed.

**Wright, Alison-J; French, David-P; Weinman, John; Marteau, Theresa-M. (2006). Can Genetic Risk Information Enhance Motivation for Smoking Cessation? An Analogue Study. *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 740-752.***

Protection motivation theory and the extended parallel processing model are used to predict the motivational impact of information regarding a genetic susceptibility to heart disease. One hundred ninety-eight smokers read 1 of 3 vignettes: gene positive, gene negative, or standard smoking risk information. Analyses examined whether the impact of type of risk information was moderated by smokers' self-efficacy (SE) levels. Key outcomes were intention to quit and intention to attend an information session about quitting. There were significant main effects of SE and of receiving gene-positive risk information on intentions to quit. There was a significant Risk x SE interaction on intentions to attend an information session. SE was not associated with intentions to attend the information session for smokers in the gene-positive group. Intentions to attend the session were negatively associated with

SE for smokers in the lower risk groups. Implications for using genetic risk information to motivate smoking cessation are discussed.

**Forcier, Kathleen; Stroud, Laura-R; Papadonatos, George-D; Hitsman, Brian; Reiches, Meredith; Krishnamoorthy, Jenelle; Niaura, Raymond (2006). Links Between Physical Fitness and Cardiovascular Reactivity and Recovery to Psychological Stressors: A Meta-Analysis. *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 723-739.***

A meta-analysis of published studies with adult human participants was conducted to evaluate whether physical fitness attenuates cardiovascular reactivity and improves recovery from acute psychological stressors. Thirty-three studies met selection criteria; 18 were included in recovery analyses. Effect sizes and moderator influences were calculated by using meta-analysis software. A fixed effects model was fit initially; however, between-studies heterogeneity could not be explained even after inclusion of moderators. Therefore, to account for residual heterogeneity, a random effects model was estimated. Under this model, fit individuals showed significantly attenuated heart rate and systolic blood pressure reactivity and a trend toward attenuated diastolic blood pressure reactivity. Fit individuals also showed faster heart rate recovery, but there were no significant differences in systolic blood pressure or diastolic blood pressure recovery. No significant moderators emerged. Results have important implications for elucidating mechanisms underlying effects of fitness on cardiovascular disease and suggest that fitness may be an important confound in studies of stress reactivity.

**Tucker, Joan-S; Orlando, Maria; Elliott, Marc-N; Klein, David-J. (2006). Affective and Behavioral Responses to Health-Related Social Control. *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 715-722.***

Social control has the potential to encourage engagement in a healthy lifestyle, but its effectiveness may depend on the nature of the influence attempt. Participants ( $N = 282$ ) described a situation in which someone attempted to influence their health-related behavior. Experiencing positive social control was associated with a greater tendency to change the behavior and less ignoring/doing nothing, whereas negative social control was associated with a lesser tendency to change the behavior and more hiding of unhealthy behavior. These associations could be accounted for by affective responses to the social control attempts. Results emphasize the need to better understand the regulatory influence of relationships on health behavior and the conditions under which social control is most likely to have health-promoting effects.

**Chen, Edith; Paterson, Laurel-Q. (2006). Neighborhood, Family, and Subjective Socioeconomic Status: How Do They Relate to Adolescent Health? *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 704-714.***

This study investigated the role of neighborhood, family, and individual subjective socioeconomic status (SES) in predicting adolescent physical health and psychological characteristics. Three hundred fifteen adolescents completed assessments of blood pressure, cortisol, and body mass index (BMI). Results revealed that lower neighborhood SES was associated with higher BMI and lower basal cortisol levels and that these effects persisted after controlling for family SES. Both family SES and neighborhood SES predicted negative psychological characteristics and experiences such as hostility and discrimination. In contrast, only subjective SES predicted positive psychological characteristics. These findings suggest the importance of understanding influences at the individual, family, and neighborhood levels for optimally targeting interventions to reduce health disparities earlier in life.

**Johnson, Lisa-M; Zautra, Alex-J; Davis, Mary-C. (2006). The Role of Illness Uncertainty on Coping with Fibromyalgia Symptoms. *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 696-703.***

This study examined the role of illness uncertainty in pain coping among women with fibromyalgia (FM), a chronic pain condition of unknown origin. Fifty-one FM participants completed initial demographic and illness uncertainty questionnaires and underwent 10-12 weekly interviews regarding pain, coping difficulty, and coping efficacy. Main outcome measures included weekly levels of difficulty coping with FM symptoms and coping efficacy. Multilevel analyses indicated that pain elevations for those high in illness uncertainty predicted increases in coping difficulty. Furthermore, when participants had more difficulty coping, they reported lower levels of coping efficacy. Results were consistent with hypothesized effects. Illness uncertainty accompanied by episodic pain negatively influenced coping efficacy, an important resource in adaptation to FM.

**Smith, Dylan-M; Sherriff, Ryan-L; Damschroder, Laura; Loewenstein, George; Ubel, Peter-A. (2006). Misremembering Colostomies? Former Patients Give Lower Utility Ratings Than Do Current Patients. *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 688-695.***

Community members often evaluate health conditions more negatively than do the patients who have them. The authors investigated whether experience with a health condition reduces this discrepancy by surveying colostomy patients by mail (n = 195), some of whom (n = 100) had their colostomies

reversed and normal bowel function restored. The authors also surveyed a community sample recruited via the Internet (n = 567). They then compared all 3 groups' utility value for life with a colostomy by using the time trade-off utility measure and by examining ratings of current quality of life. Despite having direct experience with the health condition, former colostomy patients provided much lower utility valuations than did current patients. In fact, their valuations were similar to those given by a community sample. Rather than accurately remembering their actual experiences with colostomies, the former patients may have applied a theory of how colostomies had influenced their lives; this is consistent with other research on theory driven recall bias.

**Hillman, Charles-H; Motl, Robert-W; Pontifex, Matthew-B; Posthuma, Danielle; Stubbe, Janine-H; Boomsma, Dorret-I; de-Geus, Eco-J.-C. (2006). Physical Activity and Cognitive Function in a Cross-Section of Younger and Older Community-Dwelling Individuals. *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 678-687.***

Previous reports have indicated a small, positive relationship between physical activity and cognition. However, the majority of research has focused on older adults, with few studies examining this relationship during earlier periods of the life span. This study examined the relationship of physical activity to cognition in a cross-section of 241 community-dwelling individuals 15-71 years of age with a task requiring variable amounts of executive control. Data were analyzed with multiple regression, which controlled for age, sex, and IQ. Participants reported their physical activity behavior and were tested for reaction time (RT) and response accuracy on congruent and incongruent conditions of a flanker task, which manipulates interference control. After controlling for confounding variables, an age-related slowing of RT was observed during both congruent and incongruent flanker conditions. However, physical activity was associated with faster RT during these conditions, regardless of age. Response accuracy findings indicated that increased physical activity was associated with better performance only during the incongruent condition for the older cohort. Findings suggest that physical activity may be beneficial to both general and selective aspects of cognition, particularly among older adults.

**Scogin, Forrest; Shah, Avani (2006). Screening Older Adults for Depression in Primary Care Settings. *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 675-677.***

Primary care is a logical environment for depression recognition in older adults. Most older adults are diagnosed and treated for depression by primary care providers. Recognition systems for depression

in this setting are particularly needed because the prevalence of depression in older primary care patients may range from 7% to 36%, depending on the instrument and diagnostic criteria used. Implementing systematic detection systems in primary care settings has proven difficult. In one study, only one third of all physicians surveyed used any formal screening tool. Though a number of barriers to recognition of depression have been identified, the authors focus their discussion in this article on two, time and patient factors, and review two screening instruments, the Geriatric Depression Scale--Short Form and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, that may be able to address these factors.

**Skultety, Karyn-M; Zeiss, Antonette (2006). The Treatment of Depression in Older Adults in the Primary Care Setting: An Evidence-Based Review. *Health Psychology. Vol 25(6) Nov 2006, 665-674.***

The objective of this study was to conduct an evidence-based review of treatments for depression in older adults in the primary care setting. A literature search was conducted using PsycINFO and Medline to identify relevant, English language studies published from January 1994 to April 2004 with samples aged 55 and older. Studies were required to be randomized controlled trials that compared psychosocial interventions conducted within the primary care setting with "usual care" conditions. Eight studies with older adult samples met inclusion criteria and were included in the review. Two treatment models were evident: Geriatric Evaluation Management (GEM) clinics and an approach labeled integrated health care models. Support was found for each model, with improvement in depressive symptoms and better outcomes than usual care; however, findings varied by depression severity, and interventions were difficult to compare. Further efforts to improve research and clinical care of depression in the primary care setting for older adults are needed. The authors recommend the use of interdisciplinary teams and more implementation of psychosocial treatments shown to be effective for older adults.

**Wang, Shirley-S; Houshyar, Shadi; Prinstein, Mitchell-J. (2006). Adolescent Girls' and Boys' Weight-Related Health Behaviors and Cognitions: Associations With Reputation- and Preference-Based Peer Status. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 658-663.***

In this study, the authors examined associations between preference- and reputation-based peer status and weight-related behaviors and cognitions for both adolescent boys and girls. Sociometric measures of peer likability and peer-perceived popularity, as well as self-reported measures of body size, dieting behavior, and weight-related

cognitions were collected from a sample of 441 adolescents in Grades 11 and 12. Results revealed weight-related cognitions for girls (concerning obesity) and boys (concerning musculature/fitness). Peer-perceived popularity, but not likability, was significantly associated with both boys' and girls' body size and dieting. Lower levels of popularity were associated with heavier body shapes for girls and with both thin and heavier body shapes for boys. Findings suggest that peer status is an important source of social reinforcement associated with weight-related behaviors and cognitions.

**Seegerstrom, Suzanne-C. (2006). How Does Optimism Suppress Immunity? Evaluation of Three Affective Pathways. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 653-657.***

Studies have linked optimism to poorer immunity during difficult stressors. In this study, when 1st-year law students (N = 46) relocated to attend law school, reducing conflict among curricular and extracurricular goals, optimism predicted larger delayed-type hypersensitivity responses, indicating more robust in vivo cellular immunity. However, when students did not relocate, increasing goal conflict, optimism predicted smaller responses. Although this effect has been attributed to negative affect when difficult stressors violate optimistic expectancies, distress did not mediate optimism's effects on immunity. Alternative affective mediators related to engagement--engaged affect and fatigue--likewise failed to mediate optimism's effects, although all 3 types of affect independently influenced in vivo immunity. Alternative pathways include effort or self-regulatory depletion.

**Naar-King, Sylvie; Wright, Kathryn; Parsons, Jeffrey-T; Frey, Maureen; Templin, Thomas; Ondersma, Steven (2006). Transtheoretical Model and Condom Use in HIV-Positive Youths. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 648-652.***

The purpose of the study is to test constructs of the Transtheoretical Model for predicting unprotected intercourse in HIV-positive youths (ages 16-25 years). Questionnaires and interviews about sexual behavior, stage of change, self-efficacy, substance use, emotional distress, and social support were obtained from 60 HIV-positive youths. Path analysis, with standard errors determined by methods appropriate to small samples, suggested that self-efficacy completely mediated the relationship between stage of change and unprotected intercourse acts. Social support specific to reducing risk was associated with increased self-efficacy. Emotional distress and low general social support were not associated with decreased condom use. The path between substance use and decreased condom use approached significance. Results highlight the potential of prevention interventions that simultaneously boost self-efficacy and social support specific

to practicing safer sex as well as those that reduce substance use.

**Hagedoorn, Mariet; Molleman, Eric (2006). Facial Disfigurement in Patients With Head and Neck Cancer: The Role of Social Self-Efficacy. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 643-647.***

This study investigated the moderating role of social self-efficacy (i.e., the belief that one is capable of exercising control over the reactions and openness of other people) with respect to the link between facial disfigurement and psychological and  $n = 76$ ) as well as their physicians. In line with the hypotheses, the results revealed that the degree of facial disfigurement, as judged by patients as well as their physicians, was positively related to psychological distress and distress in reaction to unpleasant behavior of others, but only when patients did not feel self-efficacious in social encounters. Furthermore, social self-efficacy mitigated the positive link between facial disfigurement as judged by patients and social isolation.

**Thomas, KaMala-S; Bardwell, Wayne-A; Ancoli-Israel, Sonia; Dimsdale, Joel-E. (2006). The Toll of Ethnic Discrimination on Sleep Architecture and Fatigue. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 635-642.***

Most work on ethnicity tends to focus on daytime health rather than how aspects of ethnicity affect nighttime functioning. The current study examined how discrimination and ethnic identity relate to sleep architecture and fatigue in 37 African Americans and 56 Caucasian Americans. The authors conducted sleep monitoring with standard polysomnography. African Americans had less slow-wave sleep and reported more physical fatigue than did Caucasian Americans ( $ps < .05$ ). The authors conducted path analyses to examine relationships between ethnic identity, perceived discrimination, sleep, and fatigue. Perceived discrimination mediated ethnic differences in Stage 4 sleep and physical fatigue. Individuals who reported experiencing more discrimination had less Stage 4 sleep and reported experiencing greater physical fatigue ( $ps < .05$ ). Although ethnic identity did not mediate ethnic differences in sleep latency, there was a significant relationship between ethnic identity and sleep latency, indicating that individuals who felt more connected to their ethnic group had more difficulty falling asleep while in the hospital ( $p < .05$ ). These observations suggest that the effects of stress related to one's ethnic group membership carry over into sleep.

**Baldwin, Austin-S; Rothman, Alexander-J; Hertel, Andrew-W; Linde, Jennifer-A; Jeffery, Robert-W; Finch, Emily-A; Lando, Harry-A. (2006). Specifying the Determinants of the Initiation and Maintenance of Behavior Change: An**

**Examination of Self-Efficacy, Satisfaction, and Smoking Cessation. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 626-634.***

Using data from smokers ( $N = 591$ ) who enrolled in an 8-week smoking cessation program and were then followed for 15 months, the authors tested the thesis that self-efficacy guides the decision to initiate smoking cessation but that satisfaction with the outcomes afforded by quitting guides the decision to maintain cessation. Measures of self-efficacy and satisfaction assessed at the end of the program, 2 months, and 9 months were used to predict quit status at 2, 9, and 15 months, respectively. At each point, participants were categorized as either initiators or maintainers on the basis of their pattern of cessation behavior. Across time, self-efficacy predicted future quit status for initiators, whereas satisfaction generally predicted future quit status for maintainers. Implications for models of behavior change and behavioral interventions are discussed.

**Reynolds, Kim-D; Buller, David-B; Yaroch, Amy-L; Maloy, Julie-A; Cutter, Gary-R. (2006). Mediation of a Middle School Skin Cancer Prevention Program. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 616-625.***

This study tested potential mediators of a school-based skin cancer prevention intervention for middle school children (6th-8th grades;  $N = 1,788$ ). Ten variables were tested on 4 criteria to establish mediation, including (a) intervention related to outcome, (b) intervention related to mediators, (c) mediators related to outcome, and (d) mediated effect statistically significant. Sun-safe behaviors (e.g., sunscreen use) and potential mediators were measured with a self-report questionnaire. All criteria were met for Barriers--Sunscreen, Perceived Self-Efficacy, and Knowledge when the mediators were tested separately. In multiple mediator analyses, barriers to sunscreen use and self-efficacy satisfied Criteria 1-3 but were not statistically significant (Criterion 4). Barriers to sunscreen use, perceived self-efficacy for sun-safe behavior, and knowledge may serve as mediators.

**Orbell, Sheina; Hagger, Martin; Brown, Val; Tidy, John (2006). Comparing Two Theories of Health Behavior: A Prospective Study of Non-completion of Treatment Following Cervical Cancer Screening. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 604-615.***

Some women receiving abnormal cervical screening tests do not complete recommended treatment. A prospective study ( $N = 660$ ) investigated the value of conceptualizing attendance at colposcopy for treatment as either (a) an active problem-solving response to a health threat, motivated by attitudes toward an abnormal result, as implied by self-regulation theory (H. Leventhal, D. Meyer, & D. Nerenz, 1980); or (b) as a behavior motivated by

attitudes toward clinic attendance, as implied by the theory of planned behavior (TPB; I. Ajzen, 1985). Responses to questionnaires containing variables specified by these models were used to predict women's subsequent attendance or nonattendance for treatment over the following 15 months. Although the TPB offered superior prediction of intentions and completion of treatment, discriminant function analyses showed that consideration of both models was important in distinguishing between those who attended all their appointments as scheduled, attended after being prompted, or ceased attending. Implications for measurement and theory in health protection are discussed.

**Morisky, Donald-E; Stein, Judith-A; Chiao, Chi; Ksobiech, Kate; Malow, Robert (2006). Impact of a Social Influence Intervention on Condom Use and Sexually Transmitted Infections Among Establishment-Based Female Sex Workers in the Philippines: A Multilevel Analysis. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 595-603.***

The authors assessed the relative impact of structural and social influence interventions on reducing sexually transmitted infections (STIs) and HIV risk behavior among female sex workers in the Philippines (N = 897). Four conditions included manager influence, peer influence, combined manager-peer influence, and control. Intervention effects were assessed at the establishment level in multilevel models because of statistical dependencies among women employed within the same establishments. Control group membership predicted greater perceived risk, less condom use, less HIV/AIDS knowledge, and more negative condom attitudes. Combination participants reported more positive condom attitudes, more establishment policies favoring condom use, and fewer STIs. Manager-only participants reported fewer STIs, lower condom attitudes, less knowledge, and higher perceived risk than peer-only participants. Because interventions were implemented at the city level, baseline and follow-up city differences were analyzed to rule out intervention effects due to preexisting differences.

**Orbell, Sheina; Hagger, Martin (2006). "When No Means No": Can Reactance Augment the Theory of Planned Behavior? *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 586-594.***

A longitudinal study examined women's clinic attendance for treatment and follow-up after having received an abnormal cervical screening result. Participants (N = 660) completed questionnaire measures of variables specified by the theory of planned behavior and J. Kuhl's (2000) measure of low volitional control--reactance--prior to receiving up to 3 subsequent appointments during the following 15 months. The theory of planned behavior was capable of predicting persistent attendance and discriminated women who kept all of their sched-

uled appointments from those who dropped out from treatment. Consideration of reactance enhanced prediction of behavior and discriminated between women who delayed appointment keeping and women who ceased attending.

**Clark, Rodney (2006). Interactive but Not Direct Effects of Perceived Racism and Trait Anger Predict Resting Systolic and Diastolic Blood Pressure in Black Adolescents. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 580-585.***

This correlation study explicated the association of perceived racism and trait anger to resting blood pressure in a high school sample of 234 Blacks. Perceived racism and trait anger were assessed via self-report, and resting blood pressure was measured with a noninvasive blood pressure monitor. Hierarchical regression analyses indicated that perceived racism and trait anger were not independent predictors of systolic or diastolic blood pressure. However, these analyses revealed that the interactive effects of perceived racism and trait anger were predictive of systolic and diastolic blood pressure. Although perceived racism was not significantly related to blood pressure among those who were high in trait anger, perceived racism was inversely associated with blood pressure among those who were low in trait anger. The findings may have important longer term implications for future research examining the contribution of psychosocial factors to cardiac and vascular functioning in Blacks.

**Experimental and Clinical Psychopharmacology: Call for Papers: Special Issue on Recent Advances in Psychopharmacology and Mental Health. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 579.***

Calls for papers on advances in the psychopharmacological treatment of mood and anxiety disorders, to be published in a special issue of Experimental and Clinical Psychopharmacology.

**Neighbors, Clayton; Lewis, Melissa-A; Bergstrom, Rochelle-L; Larimer, Mary-E. (2006). Being Controlled by Normative Influences: Self-Determination as a Moderator of a Normative Feedback Alcohol Intervention. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 571-579.***

The objectives of this research were to evaluate the efficacy of computer-delivered personalized normative feedback among heavy drinking college students and to evaluate controlled orientation as a moderator of intervention efficacy. Participants (N = 217) included primarily freshman and sophomore, heavy drinking students who were randomly assigned to receive or not to receive personalized normative feedback immediately following baseline assessment. Perceived norms, number of drinks per week, and alcohol-related problems were the main



outcome measures. Controlled orientation was specified as a moderator. At 2-month follow-up, students who received normative feedback reported drinking fewer drinks per week than did students who did not receive feedback, and this reduction was mediated by changes in perceived norms. The intervention also reduced alcohol-related negative consequences among students who were higher in controlled orientation. These results provide further support for computer-delivered personalized normative feedback as an empirically supported brief intervention for heavy drinking college students, and they enhance the understanding of why and for whom normative feedback is effective.

**Sikkema, Kathleen-J; Hansen, Nathan-B; Ghebremichael, Musie; Kochman, Arlene; Tarakeshwar, Nalini; Meade, Christina-S; Zhang, Heping (2006). A Randomized Controlled Trial of a Coping Group Intervention for Adults With HIV Who Are AIDS Bereaved: Longitudinal Effects on Grief. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 563-570.***

The authors sought to study the longitudinal effects of a cognitive-behavioral group intervention for coping with AIDS bereavement among a diverse sample of adults who were HIV positive. Participants (N = 267) were randomly assigned to receive the 12-week intervention or individual therapy upon request. Measures were administered at baseline, postintervention, and 4-, 8-, and 12-month follow-ups. Longitudinal data were analyzed with linear mixed models to examine change in grief by condition across the study period and the effect of the intervention on grief through its interaction with psychiatric distress. The authors used the Grief Reaction Index to assess grief and the Symptom Checklist-90-Revised to assess global psychiatric distress. Participants in both conditions reported decreases in grief severity. However, among those with higher levels of psychiatric distress, participants in the group intervention had significantly lower grief severity scores compared with participants in the individual therapy condition. The long-term effectiveness of this AIDS-bereavement intervention for psychiatrically distressed people with HIV/AIDS supports the need for tailored interventions among those at risk for complicated grief responses.

**McVea, Kristine-L.-S.-P. (2006). Evidence for Clinical Smoking Cessation for Adolescents. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 558-562.***

Objective: This report reviews the evidence that informs the role of health and mental health care providers in addressing youth smoking cessation. Design: Qualitative literature review. Results: Physicians do not consistently screen adolescents for tobacco use and fail to provide recommended cessation advice. Challenges to addressing smoking

cessation include the need for procedures to ensure confidentiality and the existence of competing demands to provide other services. Few published studies have specifically addressed the effectiveness of clinical interventions. Interventions that require return visits or follow-up phone contacts are technically difficult to implement in this population. Successful interventions may require resources not available in nonresearch settings. Most studies have used brief clinical intervention as a control condition, making it impossible to evaluate its effectiveness. Conclusion: There is little evidence that supports current clinical smoking cessation guidelines for adolescents. More research is needed to develop inexpensive, efficient clinical interventions that can provide youths access to smoking cessation help. Future challenges include reorganizing clinical systems to offer greater counseling by support staff or in electronic formats and to provide effective booster messages and follow-up care in a population that is difficult to track.

**Sussman, Steve; Sun, Ping; Dent, Clyde-W. (2006). A Meta-Analysis of Teen Cigarette Smoking Cessation. *Health Psychology. Vol 25(5) Sep 2006, 549-557.***

Objective: This article presents a meta-analysis of 48 teen cigarette smoking cessation studies, the 1st meta-analysis of its kind. The authors conducted searches of electronic databases and unpublished manuscripts from 1970 to 2003. Fifty contextual elements were coded from each article. A weighted least squares random effects method was used to pool results from individual study net effects estimates. Multilevel random coefficients modeling was applied to control for the intrastudy variation. Main Outcome Measures: The primary outcome for the present analysis was quit rate. Data were entered as intent-to-treat (ITT) quit rates (not compliance sample rates). Overall treatment effect size and treatment effect sizes as a function of program content, modality, number of sessions, and length of follow-up were examined. Results: Across studies, program conditions, compared with control conditions, appeared to give smokers a 2.90% (95% confidence interval = 1.47-4.35%) absolute advantage in quitting, increasing the probability of quitting by approximately 46% (9.14% vs. 6.24%). Relatively higher quit rates were found in programs that included a motivation enhancement component, cognitive-behavioral techniques, and social influence approaches. Also, relatively higher quit rates were found in school-based clinic and classroom modalities. Furthermore, relatively higher quit rates were found for programs consisting of at least 5 quit sessions. Data also indicated that the effects were maintained at short-term (1 year or less) and longer term (longer than 1 year) follow-ups. Conclusion: Much more teen smoking cessation research is needed, but teen smoking cessation

programming is effective, and the present study provides a framework to move forward.

**Sheese, Brad-E; Brown, Erin-L; Graziano, William-G. (2006). Correction to Sheese et al. (2004). *Health Psychology*. Vol 25(4) Jul 2006, iii.** Reports an error in the original article by B. Sheese et al (*Health Psychology*, 2004[Sep], Vol 23 [5], 457-464). On page 459, Table 1 contained errors in the reported values. The corrected table is provided. (The following abstract of this article originally appeared in record 2004-18051-003.) Research has shown that writing about emotional topics can positively influence physical and mental health. The current study tested the efficacy of an e-mail-based writing treatment and shows how such an implementation can aid in the search for moderators. Participants (N = 546) were randomly assigned to either a long- or short-interval traumatic writing condition or to a nonemotional writing control condition. In contrast to previous disclosure research, participants received and submitted their writing responses via e-mail. Health outcomes were assessed weekly for 5 weeks after treatment and were reported at the conclusion of the study. Results supported the effectiveness of an e-mail-based writing treatment in producing positive health outcomes and successfully identified several moderators of the writing treatment effect. The moderators implicated varied depending on the nature of the health outcome assessment.

**Orbell, Sheina; Hagger, Martin (2006). Temporal Framing and the Decision to Take Part in Type 2 Diabetes Screening: Effects of Individual Differences in Consideration of Future Consequences on Persuasion. *Health Psychology*. Vol 25(4) Jul 2006, 537-548.**

Reliable individual differences in the extent to which people consider the long- and short-term consequences of their own behaviors are hypothesized to influence the impact of a persuasive communication. In a field experiment, the time frame of occurrence of positive and negative consequences of taking part in a proposed Type 2 diabetes screening program was manipulated in a sample of 210 adults with a mean age of 53 years. Individual differences in consideration of future consequences (CFC; A. Strathman, F. Gleicher, D. S. Boninger, & C. S. Edwards, 1994) moderated (a) the generation of positive and negative thoughts and (b) the persuasive impact of the different communications. Low-CFC individuals were more persuaded when positive consequences were short term and negative consequences were long term. The opposite was true of high-CFC individuals. Path analyses show that net positive thoughts generated mediated the effect of the CFC x Time Frame manipulations on behavioral intentions.

**Croyle, Robert-T; Loftus, Elizabeth-F; Barger, Steven-D; Sun, Yi-Chun; Hart, Marybeth; Gettig, JoAnn (2006). Correction to Croyle et al. (2006). *Health Psychology*. Vol 25(4) Jul 2006, 536.**

Reports an error in the original article by R. Croyle et al (*Health Psychology*, 2006[Apr], 25[3], 425-432). On page 427, the operational definition of cholesterol levels was printed incorrectly. The first full paragraph on the right column of p. 427 should begin "After participants were told their total serum cholesterol level (in mg/dL) and risk category (desirable, <200; borderline-high risk, 200-239; high risk, >239), they received cholesterol education and follow-up information that complied with the NCEP II guidelines (Expert Panel on Population Strategies for Blood Cholesterol Reduction, 1991)." (The following abstract of this article originally appeared in record 2006-05891-020). The authors conducted a community-based cholesterol screening study to examine accuracy of recall for self-relevant health information in long-term autobiographical memory. Adult community residents (N = 496) were recruited to participate in a laboratory-based cholesterol screening and were also provided cholesterol counseling in accordance with national guidelines. Participants were subsequently interviewed 1, 3, or 6 months later to assess their memory for their test results. Participants recalled their exact cholesterol levels inaccurately (38.0% correct) but their cardiovascular risk category comparatively well (88.7% correct). Recall errors showed a systematic bias: Individuals who received the most undesirable test results were most likely to remember their cholesterol scores and cardiovascular risk categories as lower (i.e., healthier) than those actually received. Recall bias was unrelated to age, education, knowledge, self-rated health status, and self-reported efforts to reduce cholesterol. The findings provide evidence that recall of self-relevant health information is susceptible to self-enhancement bias.

**Hampson, Sarah-E; Andrews, Judy-A; Barkley, Maureen; Lichtenstein, Edward; Lee, Michael-E. (2006). Personality Traits, Perceived Risk, and Risk-Reduction Behaviors: A Further Study of Smoking and Radon. *Health Psychology*. Vol 25(4) Jul 2006, 530-536.**

Personality traits and risk perceptions were examined as predictors of changes in smoking behavior. Participants (N = 697) were part of a randomized controlled trial of interventions to reduce exposure to the combined hazard of radon and cigarette smoke. Participants with higher perceived risk at baseline for the combination of smoking and radon were more likely to have a more restrictive household smoking ban in place at 12-month follow-up (p < .05). Risk perceptions also predicted reductions in the total number of cigarettes smoked in the

home for participants in the video intervention who had high or moderate levels of extraversion ( $p < .01$ ). Greater perceived risk predicted whether highly or moderately conscientious women quit smoking ( $p < .05$ ). The moderating effects of personality traits should be considered when evaluating risk-reduction interventions.

**Evers, Kerry-E; Prochaska, James-O; Johnson, Janet-L; Mauriello, Leanne-M; Padula, Julie-A; Prochaska, Janice-M. (2006). A Randomized Clinical Trial of a Population- and Transtheoretical Model-Based Stress-Management Intervention. *Health Psychology. Vol 25(4) Jul 2006, 521-529.***

Stress has been associated with a variety of chronic and acute conditions and with higher use of health care services. This research reports on 18-month outcomes of a randomized clinical trial of a stress-management program based on the transtheoretical model (TTM; J. O. Prochaska & C. C. DiClemente, 1986). A national sample of 1,085 individuals participated (age range = 18-91 years,  $M = 55.33$ ; 68.9% female, 31.1% male; 84.8% Caucasian; 15.2% non-Caucasian). Both the treatment and control groups received assessments at 0, 6, 12, and 18 months. In addition to the assessments, the treatment group received 3 individualized reports (0, 3, 6 months) and a manual. The 18-month assessment was completed by 778 individuals (72%). A random effects model indicated that participants completing the study in the treatment group had significantly more individuals reporting effective stress management at follow-up time points than did completers in the control group. Results also indicate that the intervention had significant effects on stress, depression, and specific stress-management behaviors. Results provide evidence for the effectiveness of this TTM population-based stress-management intervention.

**Anderson,-Eileen-S; Wojcik,-Janet-R; Winett,-Richard-A; Williams,-David-M. (2006). Social-Cognitive Determinants of Physical Activity: The Influence of Social Support, Self-Efficacy, Outcome Expectations, and Self-Regulation Among Participants in a Church-Based Health Promotion Study. *Health Psychology. Vol 25(4) Jul 2006, 510-520.***

A social-cognitive model of physical activity was tested, using structural equation analysis of data from 999 adults (21% African American; 66% female; 38% inactive) recruited from 14 southwestern Virginia churches participating in the baseline phase of a health promotion study. Within the model, age, race, social support, self-efficacy, and self-regulation contributed to participants' physical activity levels, but outcome expectations did not. Of the social-cognitive variables, self-regulation exerted the strongest effect on physical activity.

Independent of self-regulation, self-efficacy had little effect. Social support influenced physical activity as a direct precursor to self-efficacy and self-regulation. The model provided a good fit to the data and explained 46% of the variance in physical activity among the diverse group of adults.

**Swendeman, Dallas; Rotheram-Borus, Mary-Jane; Comulada, Scott; Weiss, Robert; Ramos, Maria-Elena (2006). Predictors of HIV-Related Stigma Among Young People Living With HIV. *Health Psychology. Vol 25(4) Jul 2006, 501-509.***

Enacted and perceived HIV stigma was examined among substance-using young people living with HIV (YPLH) in Los Angeles, San Francisco, and New York City ( $N = 147$ ). Almost all YPLH (89%) reported perceived stigma, and 31% reported enacted experiences in the past 3 months; 64% reported experiences during their lifetime. The HIV stigma questions were characterized by factors of avoidance, social rejection, abuse, and shame. In multivariate models, enacted stigma was associated with gay or bisexual identity, symptomatic HIV or AIDS, and bartering sex. Perceived stigma was associated with female gender, symptomatic HIV or AIDS, bartering sex, lower injection drug use, and fewer friends and family knowing serostatus. Gay or bisexual YPLH who were also HIV symptomatic or AIDS diagnosed experienced more HIV stigma than their heterosexual peers.

**Bunde, James; Suls, Jerry (2006). A Quantitative Analysis of the Relationship Between the Cook-Medley Hostility Scale and Traditional Coronary Artery Disease Risk Factors. *Health Psychology. Vol 25(4) Jul 2006, 493-500.***

One possible explanation for the association between Cook-Medley Hostility Scale (Ho Scale; W. W. Cook & D. M. Medley, 1954) scores and premature coronary artery disease (CAD) morbidity and mortality is that hostile persons also have elevations on CAD risk factors. Meta-analyses with fixed and random-effects models were used to evaluate the relationship between Ho Scale scores and CAD risk factors in the empirical literature. Ho Scale scores were significantly related to body mass index, waist-to-hip ratio, insulin resistance, lipid ratio, triglycerides, glucose, socioeconomic status (SES), alcohol consumption, and smoking. Although there was also heterogeneity among study outcomes, the results of conservative random effects models provide confidence in the obtained relationships. On the basis of available evidence, researchers might give attention to obesity, insulin resistance, damaging health behaviors, and SES as potential contributing factors in understanding the association between Ho Scale scores and CAD.

**Suarez, Edward-C. (2006). Sex Differences in the Relation of Depressive Symptoms, Hostility, and**

**Anger Expression to Indices of Glucose Metabolism in Nondiabetic Adults.** *Health Psychology. Vol 25(4) Jul 2006, 484-492.*

This study examined the relation of depressive symptomatology, hostility, and anger expression to indices of glucose metabolism and tested whether gender moderates these associations in a sample of 135 healthy, nondiabetic adults (75 men, 60 women). The severity of depressive symptoms, hostility, and anger expression was positively associated with estimated insulin resistance (IR) and insulin in women but not in men. Anger expression was positively associated with glucose in women only. A summary score of depressive symptoms, hostility, and anger expression was positively associated with estimated IR, insulin, and glucose in women but not in men. Hence, in women, IR and elevated levels of fasting insulin and glucose may be one pathophysiological mechanism mediating the increased risk of cardiovascular disease and Type 2 diabetes associated with these psychological attributes.

**Fuemmeler, Bernard-F; Masse, Louise-C; Yaroch, Amy-L; Resnicow, Ken; Campbell, Marci-Kramish; Carr, Carol; Wang, Terry; Williams, Alexis (2006). Psychosocial Mediation of Fruit and Vegetable Consumption in the Body and Soul Effectiveness Trial.** *Health Psychology. Vol 25(4) Jul 2006, 474-483.*

In this study the authors examined psychosocial variables as mediators for fruit and vegetable (FV) intake in a clustered, randomized effectiveness trial conducted in African American churches. The study sample included 14 churches (8 intervention and 6 control) with 470 participants from the intervention churches and 285 participants from the control churches. The outcome of FV intake and the proposed mediators were measured at baseline and at 6-month follow-up. Structural equation modeling indicated that the intervention had direct effects on social support, self-efficacy, and autonomous motivation; these variables also had direct effects on FV intake. Applying the M. E. Sobel (1982) formula to test significant mediated effects, the authors confirmed that social support and self-efficacy were significant mediators but that autonomous motivation was not. Social support and self-efficacy partially mediated 20.9% of the total effect of the intervention on changes in FV intake. The results support the use of strategies to increase social support and self-efficacy in dietary intervention programs.

**Fisher, Jeffrey-D; Fisher, William-A; Amico, K.-Rivet; Harman, Jennifer-J. (2006). An Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Adherence to Antiretroviral Therapy.** *Health Psychology. Vol 25(4) Jul 2006, 462-473.*

HIV-positive persons who do not maintain consistently high levels of adherence to often complex and toxic highly active antiretroviral therapy (HAART) regimens may experience therapeutic failure and deterioration of health status and may develop multidrug-resistant HIV that can be transmitted to uninfected others. The current analysis conceptualizes social and psychological determinants of adherence to HAART among HIV-positive individuals. The authors propose an information-motivation-behavioral skills (IMB) model of HAART adherence that assumes that adherence-related information, motivation, and behavioral skills are fundamental determinants of adherence to HAART. According to the model, adherence-related information and motivation work through adherence-related behavioral skills to affect adherence to HAART. Empirical support for the IMB model of adherence is presented, and its application in adherence-promotion intervention efforts is discussed.

**Hoyt, Michael-A; Nemeroff, Carol-J; Huebner, David-M. (2006). The Effects of HIV-Related Thought Suppression on Risk Behavior: Cognitive Escape in Men Who Have Sex With Men.** *Health Psychology. Vol 25(4) Jul 2006, 455-461.*

This study investigated the relationship between suppressing thoughts about HIV risk and several outcomes related to HIV risk, including sexual risk behavior and HIV prevention service use, in men who have sex with men (MSM). Synthesizing the ironic processing theory (D. M. Wegner, 1994) with a cognitive escape paradigm (D. J. McKimman, D. G. Ostrow, & B. Hope, 1996), it was hypothesized that thought suppression might increase risk by leading MSM to "escape" from sexual safety norms and engage in risky sex behaviors and, via a paradoxical process, increase future use of community prevention services. Results from a sample of MSM (N = 709) indicated that thought suppression was positively related to concurrent sexual risk behavior and to future use of prevention services.

**Turbin, Mark-S; Jessor, Richard; Costa, Frances-M; Dong, Qi; Zhang, Hongchuan; Wang, Changhai (2006). Protective and Risk Factors in Health-Enhancing Behavior Among Adolescents in China and the United States: Does Social Context Matter?** *Health Psychology. Vol 25(4) Jul 2006, 445-454.*

An explanatory model of adolescent health-enhancing behavior based on protective and risk factors at the individual level and in 4 social contexts was used in a study of school-based samples from the People's Republic of China (n = 1,739) and the United States (n = 1,596). A substantial account of variation in health-enhancing behavior--and of its developmental change over time--was provided by the model for boys and girls, and for

the 3 grade cohorts, in both samples. In both samples, social context protective and risk factors accounted for more unique variance than did individual-level protective and risk factors, and context protection moderated both contextual and individual-level risk. Models protection and controls protection were of particular importance in the explanatory account.

**Chapman, Gretchen-B; Coups, Elliot-J. (2006). "Emotion and Preventive Health Behavior: Worry, Regret, and Influenza Vaccination": Correction. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 444.***

Reports an error in the original article by G. B. Chapman and E. J. Coups (*Health Psychology*, 2006, Vol 25[1], pp. 82-90). Table 2 contained an error. On p. 85, the values in the "Anticipated worry" row were aligned incorrectly. The corrected table is provided. (The following abstract originally appeared in 2006-01035-011.) The role of worry, regret, and perceived risk in preventive health decisions was explored in a longitudinal questionnaire study on influenza vaccination among 428 university employees. The study yielded 3 main findings. First, ratings of anticipated worry and regret were stronger predictors of vaccination than perceived risk and mediated the effect of risk on vaccination. Second, the anticipated level of emotions differed systematically from experienced emotions, such that vaccinated individuals anticipated more regret and less worry than they actually experienced. Third, anticipated and experienced emotions had implications for subsequent vaccination decisions. Those who did not vaccinate in the 1st year but had high levels of worry and regret were likely to be vaccinated the following year.

**Dal-Cin, Sonya; MacDonald, Tara-K; Fong, Geoffrey-T; Zanna, Mark-P; Elton-Marshall, Tara-E. (2006). Remembering the Message: The Use of a Reminder Cue to Increase Condom Use Following a Safer Sex Intervention. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 438-443.***

Condom use interventions may be more powerful if they provide cues to recall safe-sex messages when sexual activity occurs. The authors tested this notion by assigning sexually active introductory psychology students ( $N = 196$ ) to a standard safe-sex intervention, a safe-sex with reminder intervention, or a control (drinking and driving) intervention. Participants assigned to the reminder intervention were given a "friendship bracelet" to wear and were instructed to have the bracelet remind them of the intervention. In a follow-up session (5-7 weeks later), they were asked questions pertaining to condom use. Of the 125 participants who had engaged in sexual intercourse, condom use at last intercourse was higher in the bracelet condition (55%) than in the standard (27%) or control (36%) conditions.

The authors also found that the bracelet remained effective, even when participants were under the influence of alcohol. These findings therefore imply that health intervention programs may be more efficacious if they include strategies such as reminder cues to increase the salience of health information in the appropriate contexts.

**Ditto, Blaine; France, Christopher-R. (2006). The Effects of Applied Tension on Symptoms in French-Speaking Blood Donors: A Randomized Trial. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 433-437.***

Blood-donation-related symptoms such as dizziness and weakness discourage people from participating in this important health-related activity. Four hundred sixty-seven young adult, French-speaking blood donors were randomly assigned to (a) a condition in which they learned a possible preventive technique called applied tension and were asked to practice it from the time they got on the donation chair until they were just about to get up, (b) a placebo condition in which they learned applied tension and were asked to practice it from the time they got on the chair until the insertion of the donation needle, or (c) a no-treatment control condition. Donors assigned to the treatment condition reported significantly fewer blood-donation-related symptoms than did donors assigned to the other conditions and rated their likelihood of returning to give blood again as greater than did those in the no treatment condition. Among donors whose chairs were not reclined, participants in the treatment condition had significantly smaller heart rate reactions to blood donation than did those in the other conditions.

**Croyle, Robert-T; Loftus, Elizabeth-F; Barger, Steven-D; Sun, Yi-Chun; Hart, Marybeth; Gettig, JoAnn (2006). How Well Do People Recall Risk Factor Test Results? Accuracy and Bias Among Cholesterol Screening Participants. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 425-432.***

The authors conducted a community-based cholesterol screening study to examine accuracy of recall for self-relevant health information in long-term autobiographical memory. Adult community residents ( $N = 496$ ) were recruited to participate in a laboratory-based cholesterol screening and were also provided cholesterol counseling in accordance with national guidelines. Participants were subsequently interviewed 1, 3, or 6 months later to assess their memory for their test results. Participants recalled their exact cholesterol levels inaccurately (38.0% correct) but their cardiovascular risk category comparatively well (88.7% correct). Recall errors showed a systematic bias: Individuals who received the most undesirable test results were most likely to remember their cholesterol scores and cardiovascular risk categories as lower (i.e., health-

ier) than those actually received. Recall bias was unrelated to age, education, knowledge, self-rated health status, and self-reported efforts to reduce cholesterol. The findings provide evidence that recall of self-relevant health information is susceptible to self-enhancement bias.

**Fletcher, Kenneth-E; Clemow, Lynn; Peterson, Britt-Ann; Lemon, Stephanie-C; Estabrook, Barbara; Zapka, Jane-G. (2006). A Path Analysis of Factors Associated With Distress Among First-Degree Female Relatives of Women With Breast Cancer Diagnosis. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 413-424.***

Patterns and predictors of psychological distress in first-degree female relatives (N = 624) of newly diagnosed breast cancer patients were explored. First-degree female relatives who were high monitors reported greater cancer-specific and general distress than did low monitors. Greater optimism was associated with lower cancer-specific distress. Optimism's effect on general distress was moderated by women's level of monitoring. Greater optimism was associated with lower general distress for both high and low monitors, but the effect was stronger for high monitors than for low monitors. Avoidance and engaged coping were associated with higher distress. A close relationship with the cancer patient was related to higher cancer-specific distress but lower general distress. Further understanding of the process of adjustment in these women awaits longitudinal study.

**Evans, Gary-W; Wener, Richard-E. (2006). Rail Commuting Duration and Passenger Stress. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 408-412.***

Over 100 million Americans commute to work every weekday. Little is known, however, about how this aspect of work, which may indeed be the most stressful aspect of the job for some, affects human health and well-being. The authors studied a sample of 208 male and female suburban rail commuters who took the train to Manhattan, New York. The greater the duration of the commute, the larger the magnitude of salivary cortisol elevations in reference to resting baseline levels, the less the commuter's persistence on a task at the end of the commute, and the greater the levels of perceived stress. These effects were not moderated by gender. Commuting stress is an important and largely overlooked aspect of environmental health.

**Dishman, Rod-K; Hales, Derek-P; Pfeiffer, Karin-A; Felton, Gwen-A; Saunders, Ruth; Ward, Dianne-S; Dowda, Marsha; Pate, Russell-R. (2006). Physical Self-Concept and Self-Esteem Mediate Cross-Sectional Relations of Physical Activity and Sport Participation With Depression Symptoms Among Adolescent Girls. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 396-407.***

The authors tested whether physical self-concept and self-esteem would mediate cross-sectional relations of physical activity and sport participation with depression symptoms among 1,250 girls in 12th grade. There was a strong positive relation between global physical self-concept and self-esteem and a moderate inverse relation between self-esteem and depression symptoms. Physical activity and sport participation each had an indirect, positive relation with global physical self-concept that was independent of objective measures of cardiorespiratory fitness and body fatness. These correlational findings provide initial evidence suggesting that physical activity and sport participation might reduce depression risk among adolescent girls by unique, positive influences on physical self-concept that operate independently of fitness, body mass index, and perceptions of sports competence, body fat, and appearance.

**Symptom Perception in Childhood Asthma: The Role of Anxiety and Asthma Severity.**

**Chen,-Edith; Hermann,-Cathy; Rodgers,-Denise; Oliver-Welker,-Tina; Strunk,-Robert-C (2006). *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 389-395.***

This study tested the relationship of anxiety and asthma severity to symptom perception. Eighty-six children diagnosed with mild or moderate asthma had symptom perception and pulmonary function measured throughout methacholine challenge (to induce bronchoconstriction). Higher trait anxiety was associated with heightened symptom perception (controlling for pulmonary function) at baseline. Greater asthma severity was associated with blunted symptom perception (controlling for pulmonary function) at the end of methacholine challenge and with a slower rate of increase in symptom perception across methacholine challenge. These results suggest that anxiety plays a role when children's symptoms are mild, whereas medical variables such as severity play a role in perception of changes in asthma symptomatology as bronchoconstriction worsens.

**Prochaska, Judith-J; Velicer, Wayne-F; Prochaska, James-O; Delucchi, Kevin; Hall, Sharon-M. (2006). Comparing Intervention Outcomes in Smokers Treated for Single Versus Multiple Behavioral Risks. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 380-388.***

This study examined treatment outcomes among smokers with single versus multiple behavioral risks. Data were drawn from smokers (N = 2,326) participating in 3 population-based, multibehavioral studies targeting cigarette smoking, high-fat diets, and high-risk sun exposure. Outcomes were compared for participants at risk for smoking only

(13%), smoking plus 1 additional risk factor (37%), and smoking plus 2 additional risk factors (50%). The smoking only group tended to be female, older, more educated, lighter smokers, in the preparation stage of change for smoking, with more previous quit attempts and longer periods of abstinence. At 12 and 24 months follow-up, treatment of 1 or 2 coexisting risk factors did not decrease the effectiveness of smoking cessation treatment, and treatment for the coexisting factors was effective.

**Tennen, Howard; Affleck, Glenn; Zautra, Alex (2006). Depression History and Coping With Chronic Pain: A Daily Process Analysis. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 370-379.***

This study examined how a previous episode of depression is related to daily pain and reactions to pain among individuals with fibromyalgia, a chronic pain syndrome. Seventy-one women with fibromyalgia (including 30 who were previously depressed) rated their pain and mood 3 times daily for 30 days. Each night, participants rated the extent to which they responded to pain by catastrophizing, how much control they had over that day's pain, their ways of coping with pain that day, and the effectiveness of their coping efforts. Multivariate multilevel regression models revealed that after controlling for neuroticism and current depressive symptoms, formerly depressed and never-depressed individuals differed in how they coped with increased pain and in how they appraised the efficacy of their coping efforts. Formerly depressed participants who also reported more current depressive symptoms showed a greater decline in pleasant mood on more painful days than did formerly depressed participants who were experiencing fewer current depressive symptoms. These findings illustrate how a history of depression can be captured in the dynamics of daily life.

**Merritt, Marcellus-M; Bennett, Gary-G-Jr.; Williams, Redford-B; Edwards, Christopher-L; Sollers, John-J-III (2006). Perceived Racism and Cardiovascular Reactivity and Recovery to Personally Relevant Stress. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 364-369.***

This study evaluated cardiovascular responses (CVR) to an active speech task with blatantly discriminatory (BRC) versus neutral (NRC) stimuli and an anger recall task in a sample of Black men (N = 73; age 18 to 47). Diastolic blood pressure scores were higher for NRC versus BRC stimuli during anger recall ( $p = .05$ ). Moreover, persons in the NRC group who perceived high levels of racism (vs. no racism or BRC group) during active speech showed larger increases in blood pressure across postspeech rest, anger recall, and subsequent rest ( $p = .03$ ). The notable elevation in CVR in response to an ambiguous event extends current models of racism suggesting that subtle racism is a psychoso-

cial stressor that erodes health through chronically elevated CVR.

**Johnson, Mallory-O; Elliott, Timothy-R; Neilands, Torsten-B; Morin, Stephen-F; Chesney, Margaret-A. (2006). A Social Problem-Solving Model of Adherence to HIV Medications. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 355-363.***

HIV medication adherence remains a challenge and limits the degree to which treatment benefit can be maximized. This study tested an explanatory model of HIV medication adherence using a social problem-solving (SPS) framework. Associations of SPS with adherence are hypothesized to be direct and/or indirect via psychological health. HIV+ adults were interviewed using validated measures of SPS, psychological health, and antiretroviral therapy (ART) medication adherence. Structural equation modeling (SEM) techniques were used to test hypothesized relationships and to evaluate overall fit of the model to the data. SEM supported an indirect association (but not direct) of SPS on adherence via psychological health among the 545 HIV+ adults included in the analyses. Overall, the findings resulted in a model of adherence that offered very good fit to the data and correctly classified 97% of the cases as adherent versus nonadherent. Results support the use of SPS as a conceptual framework for understanding adherence to ART. Findings offer rationale and direction for SPS interventions to enhance adherence by improving psychological health. Such approaches, if effective, have the potential to positively impact psychological well being and adherence, thereby maximizing clinical benefit from treatment, which is linked to lower mortality from AIDS.

**Helgeson, Vicki-S; Lepore, Stephen-J; Eton, David-T. (2006). Moderators of the Benefits of Psychoeducational Interventions for Men With Prostate Cancer. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 348-354.***

The authors examined whether 3 individual difference variables--self-esteem, self-efficacy, and depressive symptoms--interacted with psychoeducational group interventions for men with prostate cancer (n = 250) to predict general and prostate-specific quality of life. Men with nonmetastatic prostate cancer were randomly assigned to an education intervention, an education plus group discussion intervention, or usual care and followed for 12 months. Eight groups of 10 to 12 men were convened in each condition. Men who began the study with lower self-esteem, lower prostate-specific self-efficacy, and higher depressive symptoms benefited the most from the interventions. Of these 3 moderator variables, the most consistent results emerged for self-esteem. That is, the benefits of the intervention were strongest for men with low self-esteem.

**King, Abby-C; Marcus, Bess; Ahn,-David; Dunn, Andrea-L; Rejeski, W.-Jack; Sallis, James-F; Coday, Mace (2006). Identifying Subgroups That Succeed or Fail With Three Levels of Physical Activity Intervention: The Activity Counseling Trial. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 336-347.***

The authors used recursive partitioning methods to identify combinations of baseline characteristics that predict 2-year physical activity success in each of 3 physical activity interventions delivered in the multisite Activity Counseling Trial. The sample consisted of 874 initially sedentary primary care patients, ages 35-75 years, who were at risk for cardiovascular disease. Predictors of 2-year success were specific to each intervention and represented a range of domains, including physiological, demographic, psychosocial, health-related, and environmental variables. The results indicate how specific patient subgroups (e.g., obese, unfit individuals; high-income individuals in stable health) may respond differently to varying levels and amounts of professional assistance and support. The methods used provide a practical first step toward identifying clinically meaningful patient subgroups for further systematic investigation.

**Levine, Andrew-J; Hinkin, Charles-H; Marion, Sarah; Keuning, Allison; Castellon, Steven-A; Lam, Mona-M; Robinet, Marta; Longshore, Douglas; Newton, Thomas; Myers,Hector; Durvasula, Ramani-S. (2006). Adherence to Antiretroviral Medications in HIV: Differences in Data Collected via Self-Report and Electronic Monitoring. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 329-335.***

Controversy remains regarding the reliability of methods used to determine adherence to antiretroviral medication in HIV. In this study the authors compared adherence rates of 119 HIV-positive participants during a 6-month study, as estimated via electronic monitoring (EM) and self-report (SR). Adherence for both short (4-day) and long (4-week, or intervisit) periods was examined, as well as factors that underlie discrepancies between EM and SR. Results showed that intervisit EM estimates were consistently lower than those of SR. SR estimates based on shorter periods (4 days) were closer to those of EM. Higher discrepancies between EM and SR estimates were associated with lower cognitive functioning and externalized locus of control. These findings lend support for using both EM and SR methods; however, study design (e.g., length) and other factors (e.g., cognitive status, cost) should be considered.

**Marsh, Herbert-W; Papaioannou, Athanasios; Theodorakis, Yannis (2006). Causal Ordering of Physical Self-Concept and Exercise Behavior: Reciprocal Effects Model and the Influence of**

**Physical Education Teachers. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 316-328.***

Does prior physical self-concept influence subsequent exercise behavior? On the basis of a large sample of physical education classes (2,786 students, 200 classes, 67 teachers) collected early (Time 1) and late (Time 2) in the school year, findings support a reciprocal effects model in which prior physical self-concept and exercise behavior both influence subsequent physical self-concept and exercise behavior. Whereas variables from the theory of planned behavior (TOPB; behavioral intentions, perceived behavioral control, exercise attitudes) also contributed to the prediction of subsequent exercise behavior, the effect of prior physical self-concept was significant for subsequent outcomes after controlling these variables, suggesting that the TOPB should be supplemented with self-concept measures. On the basis of multilevel models, there were systematic differences in these variables for students taught by different teachers that generalized over time and across different classes taught by the same teacher. Support for the reciprocal effects model was robust.

**Lioffi, Christina; White, Paul; Hatira, Popi (2006). Randomized Clinical Trial of Local Anesthetic Versus a Combination of Local Anesthetic With Self-Hypnosis in the Management of Pediatric Procedure-Related Pain. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 307-315.***

A prospective controlled trial was conducted to compare the efficacy of an analgesic cream (eutectic mixture of local anesthetics, or EMLA) with a combination of EMLA with hypnosis in the relief of lumbar puncture-induced pain and anxiety in 45 pediatric cancer patients (age 6-16 years). The study also explored whether young patients can be taught and can use hypnosis independently as well as whether the therapeutic benefit depends on hypnotizability. Patients were randomized to 1 of 3 groups: local anesthetic, local anesthetic plus hypnosis, and local anesthetic plus attention. Results confirmed that patients in the local anesthetic plus hypnosis group reported less anticipatory anxiety and less procedure-related pain and anxiety and that they were rated as demonstrating less behavioral distress during the procedure. The level of hypnotizability was significantly associated with the magnitude of treatment benefit, and this benefit was maintained when patients used hypnosis independently.

**Ruiter, Robert-A.-C; Kessels, Loes-T.-E; Jansma, Bernadette-M; Brug, Johannes (2006). Increased Attention for Computer-Tailored Health Communications: An Event-Related Potential Study. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 300-306.***



The authors tested whether individually tailored health communications receive more attention from the reader than nontailored health communications in a randomized, controlled trial among student volunteers (N = 24). They used objective measures of attention allocation during the message exposure. In a between-subjects design, participants had to read tailored or nontailored nutrition education messages and at the same time had to pay attention to specific odd auditory stimuli in a sequence of frequent auditory stimuli (odd ball paradigm). The amount of attention allocation was measured by recording event-related potentials (ERPs; i.e., N100 and P300 ERPs) and reaction times. For the tailored as opposed to the nontailored group, results revealed larger amplitudes for the N100 effect, smaller amplitudes for the P300 effect, and slower reaction times. Resource allocation theory and these results suggest that those in the tailored group allocated more attention resources to the nutrition message than those in the nontailored group.

**Rhodes, Ryan-E; Plotnikoff, Ronald-C. (2006). Understanding Action Control: Predicting Physical Activity Intention-Behavior Profiles Across 6 Months in a Canadian Sample. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 292-299.***

Intention is theorized as the proximal determinant of behavior in some theories of motivation, but the need to understand predictors of action control (i.e., translating an intention into behavior) is warranted to tailor physical activity intervention efforts. The purpose of this study was to examine constructs of the transtheoretical model of behavior change (TTM) as predictors of physical activity intention-behavior profiles across 6 months in a large Canadian sample (N = 1,192). Results showed that 5 of the 8 possible intention-behavior profiles had a substantial number of participants: nonintenders, unsuccessful adopters, successful adopters, unsuccessful maintainers, and successful maintainers. Constructs of the TTM distinguished ( $p < .01$ ) intention-behavior profiles. Self-efficacy and the behavioral processes of change were particularly good predictors of action control ( $p < .01$ ), but disaggregated beliefs and processes identified specific intervention targets for successful physical activity adoption and maintenance. The results validate that both action planning and action control are important when understanding physical activity behavior.

**Linde, Jennifer-A; Rothman, Alexander-J; Baldwin, Austin-S; Jeffery, Robert-W. (2006). The Impact of Self-Efficacy on Behavior Change and Weight Change Among Overweight Participants in a Weight Loss Trial. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 282-291.***

Despite considerable clinical interest, attempts to link perceived self-efficacy with successful weight

control have had mixed success. Definitive data on prospective associations between self-efficacy and weight loss are particularly sparse. This study examined relationships between self-efficacy beliefs, weight control behaviors, and weight change among individuals participating in a weight loss trial (N = 349, 87% women). Cross-sectionally, eating and exercise self-efficacy beliefs were strongly associated with corresponding weight loss behaviors. Self-efficacy beliefs prospectively predicted weight control behavior and weight change during active treatment but not during follow-up. Mediation models indicate that people's weight control behaviors mediate the impact of self-efficacy on weight change.

**Stice, Eric; Martinez, Erin-E; Presnell, Katherine; Groesz, Lisa-M. (2006). Relation of Successful Dietary Restriction to Change in Bulimic Symptoms: A Prospective Study of Adolescent Girls. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 274-281.***

Recent experimental evidence that dietary restriction results in decreased bulimic and depressive symptoms seems inconsistent with findings from prospective studies and etiologic theory. However, because the dieting manipulated in these experiments may be unrepresentative of real-world weight loss dieting, the authors tested whether successful dietary restriction was associated with decreases in these outcomes by using longitudinal data from a school-based study of 496 adolescent girls. Moderately overweight participants who evidenced successful dietary restriction showed significantly greater decreases in bulimic symptoms than weight-matched participants who did not show successful dietary restriction; however, there were no effects for depressive symptoms. In conjunction with past experimental findings, results seem to imply that successful dietary restriction curbs bulimic symptoms, suggesting that current etiologic models may need revision.

**Lundgren, Jesper; Carlsson, Sven-G; Berggren, Ulf (2006). Relaxation Versus Cognitive Therapies for Dental Fear--A Psychophysiological Approach. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 267-273.***

By separating 127 adult dental-phobic patients according to fear etiology and psychophysiological response style, the authors investigated the outcome of 2 dental fear treatments. Before and after either relaxation or cognitively oriented treatment, subjects were exposed to neutral and fear-relevant video sequences while the subjects' forehead muscle tension, heart rate, and skin conductance were recorded. Pre- to postintervention differences in self-reported dental fear, general fear, and trait anxiety were analyzed together with psychophysiological data. Both treatments resulted in a signifi-

cant reduction of dental fear. Despite significant interaction effects of Treatment Modality x Psychophysiological Response Style, it could not be concluded that patients with different fear etiologies or response styles benefit differentially from the 2 treatments given.

**Chiaromonte, Gabrielle-R; Friend, Ronald (2006). Medical Students' and Residents' Gender Bias in the Diagnosis, Treatment, and Interpretation of Coronary Heart Disease Symptoms. *Health Psychology. Vol 25(3) May 2006, 255-266.***

Two competing hypotheses explaining gender bias in cardiac care were tested. The first posits that women's coronary heart disease (CHD) symptoms are simply misinterpreted or discounted. The second posits that women's CHD symptoms are misinterpreted when presented in the context of stress. In two studies, medical students and residents randomized to 2 (male vs. female) x 2 (stress vs. no stress) experiments read vignettes of patients with CHD symptoms and indicated their diagnosis, treatment, and symptom origin interpretation. Both studies disconfirmed the first hypothesis and strongly supported the second. Only when stress was added did women receive significantly lower CHD diagnoses and cardiologist referrals than men and did the origin interpretation of women's CHD symptoms (e.g., chest pain) shift from organic to psychogenic. Neither participants' gender nor their attitude toward women influenced assessments.

**VanZile-Tamsen, Carol; Testa, Maria; Harlow, Lisa-L; Livingston, Jennifer-A. (2006). A measurement model of women's behavioral risk taking. *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 249-254.***

The current study was designed to gain a better understanding of the nature of the relationship between substance use and sexual risk taking within a community sample of women (N = 1,004). Using confirmatory factor analysis, the authors examined the factor structure of sexual risk behaviors and substance use to determine whether they are best conceptualized as domains underlying a single, higher order, risk-taking propensity. A 2 higher order factor model (sexual risk behavior and substance use) provided the best fit to the data, suggesting that these 2 general risk domains are correlated but independent factors. Sensation seeking had large general direct effects on the 2 risk domains and large indirect effects on the 4 first-order factors and the individual indicators. Negative affect had smaller, yet still significant, effects. Impulsivity and anxiety were unrelated to sexual health risk domains.

**Mommersteeg, Paula-M.-C; Keijsers, Ger-P.-J; Heijnen, Cobi-J; Verbraak, Marc-J.-P.-M; van-Doornen, Lorenz-J.-P. (2006). Cortisol devia-**

**tions in people with burnout before and after psychotherapy: A pilot study. *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 243-248.***

Burnout is characterized by exhaustion, cynicism, and feelings of reduced competence. These complaints may be reflected in disturbances in the main stress regulatory endocrine system: the hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis. In this study, the HPA-axis hormone cortisol was sampled after awakening and during the day in 22 participants with clinical burnout and in 21 healthy controls. The cortisol level after awakening was shown to be significantly lower in the burnout group as compared with the control group. Cortisol levels during the day did not differ. The same sampling procedure was repeated after 14 sessions of psychotherapeutic intervention. The intervention led to a significant reduction in complaints and to an increase of the initially lowered morning cortisol levels. No consistent correlations, however, between the changes in subjective complaints and the change in cortisol parameters were found.

**Horvath, Keith-J; Bowen, Anne-M; Williams, Mark-L. (2006). Virtual and physical venues as contexts for HIV risk among rural men who have sex with men. *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 237-242.***

Rural men who have sex with men (MSM) have few identifiable venues in which to congregate and meet potential sex partners. The Internet provides a venue for rural MSM to meet, and this is potentially troubling because studies of urban MSM suggest that HIV risk is higher for men who date online. The goals of this study were to identify venues where rural MSM meet their sexual partners and to examine their association with high-risk sexual practices. Six hundred sixty-three predominantly single, gay, Caucasian MSM completed an online survey of their sexual activities. Results showed that the Internet and bars were the most popular venues for meeting sex partners. Highest rates of risk behaviors were associated with Internet dating and venues in which immediate sexual encounters typically occur, suggesting that prevention in rural areas should target multiple-risk environments.

**Chipperfield, Judith-G; Perry, Raymond-P. (2006). Primary- and secondary-control strategies in later life: Predicting hospital outcomes in men and women. *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 226-236.***

Community-dwelling individuals (n = 143, 73-98 years old) were assessed to consider if their use of task-specific control strategies predicted hospital outcomes in the subsequent 2 years. The authors were interested in whether men and women facing health-induced task restrictions benefited equally from the use of primary- and secondary-control strategies. Gender interacted with primary-control

strategies; men's more frequent use of these proactive strategies generally related to fewer hospital admissions. Gender also interacted with secondary-control strategies; women's more frequent use of compensatory (self-protective) strategies corresponded to fewer hospital admissions and shorter hospital stay durations. Taken together, our findings suggest that men benefit by adopting certain primary-control strategies and women benefit by adopting certain compensatory secondary-control strategies.

**Brummett, Beverly-H; Babyak, Michael-A; Siegler, Ilene-C; Vitaliano, Peter-P; Ballard, Edna-L; Gwyther, Lisa-P; Williams, Redford-B. (2006). Associations among perceptions of social support, negative affect, and quality of sleep in caregivers and noncaregivers. *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 220-225.***

The authors used structural equation modeling to examine associations among perceptions of negative affect, social support, and quality of sleep in a sample of caregivers ( $n = 175$ ) and noncaregiver control participants ( $n = 169$ ). The authors hypothesized that caregiver status would be related to sleep quality directly and also indirectly by way of negative affect and social support. This hypothesis was partially supported in that caregiving was found to be indirectly related to sleep quality. However, after accounting for the indirect effects of negative affect and social support, the direct effect of caregiving on sleep quality was no longer statistically significant. The structural model accounted for approximately 43% of the variance in sleep quality. The present findings may be useful in the development of successful sleep interventions for caregivers.

**Shiloh, Shoshana; Gerad, Liora; Goldman, Boleslav (2006). Patients' information needs and decision-making processes: What can be learned from genetic counselees? *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 211-219.***

This field study investigated the information needs and decision-making strategies of 161 genetic counselees interviewed just prior to counseling. Patients were interested mostly in information about the outcomes and consequences of the alternative options at their disposal and about measures to defuse the risks. They wanted mainly information stated with certainty and were less interested in probability information. There was no difference in the search for information between the alternative eventually chosen and the one not chosen. There was a difference, however, among types of decisions and the interest in the various categories of information. These findings were interpreted within the theoretical model of decision making in natural risky situations (O. Huber, 1997). Practical implications for shared medical decision making are presented.

**Kalichman, Seth-C; Cherry, Charsey; Cain, Demetria; Weinhardt, Lance-S; Benotsch, Eric; Pope, Howard; Kalichman, Moira (2006). Health information on the Internet and people living with HIV/AIDS: Information evaluation and coping styles. *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 205-210.***

Individuals who seek information on the Internet to cope with chronic illness may be vulnerable to misinformation and unfounded claims. This study examined the association between health-related coping and the evaluation of health information. Men ( $n = 347$ ) and women ( $n = 72$ ) who were living with HIV/AIDS and reported currently using the Internet completed measures assessing their Internet use. Health Web sites downloaded from the Internet were also rated for quality of information. HIV-positive adults commonly used the Internet to find health information (66%) and to learn about clinical trials (25%); they also talked to their physicians about information found online (24%). In a multivariate analysis, assigning higher credibility to unfounded Internet information was predicted by lower incomes, less education, and avoidant coping styles. People who cope by avoiding health information may be vulnerable to misinformation and unfounded claims that are commonly encountered on the Internet.

**McDade-Montez, Elizabeth-A; Christensen, Alan-J; Cvengros, Jamie-A; Lawton, William-J. (2006). The role of depression symptoms in dialysis withdrawal. *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 198-204.***

Among end-stage renal disease (ESRD) patients on hemodialysis, death from withdrawal from life-sustaining dialysis is increasingly common. The present study's objective was to examine depression as a potential risk factor for hemodialysis withdrawal. Two hundred forty ESRD hemodialysis (133 male and 107 female) patients were followed for an average of 4 years after depression symptom assessment. Of these, 18% withdrew from dialysis. Using multivariate survival analysis and after controlling for the effects of age ( $p = .001$ ) and clinical variables, the authors found that level of depression symptoms was a unique and significant predictive risk factor for the subsequent decision to withdraw from dialysis ( $p = .05$ ). The potential impact that depression may have on the decision to withdraw from hemodialysis should be considered by health care providers, patient families, and patients.

**Timberlake, David-S; Haberstick, Brett-C; Lessem, Jeffrey-M; Smolen, Andrew; Ehringer, Marissa; Hewitt, John-K; Hopfer, Christian (2006). An association between the DAT1 polymorphism and smoking behavior in young adults from the national longitudinal study of**

**adolescent health. *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 190-197.***

Associations between smoking behavior and polymorphisms in the dopaminergic genes (DAT1 and DRD2) were tested by using within- and between-family measures of allelic transmission in 2,448 young adults from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. The 9-repeat allele of the dopamine transporter gene polymorphism (DAT1) was inversely associated with smoking in samples that included all subjects and only those who had initiated smoking, accounting for approximately 1% of the variance. Never smokers and current non-smokers had an excess transmission of the 9-repeat allele compared with regular smokers, suggesting a protective effect of the 9-repeat allele, which is hypothesized to alter synaptic dopamine levels.

**Low, Carissa-A; Stanton, Annette-L; Danoff-Burg, Sharon (2006). Expressive disclosure and benefit finding among breast cancer patients: Mechanisms for positive health effects. *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 181-189.***

A randomized trial (n = 60; A. L. Stanton, S. Danoff-Burg, L. A. Sworowski, et al., 2002) revealed that 4 sessions of written expressive disclosure or benefit finding produced lower physical symptom reports and medical appointments for cancer-related morbidities at 3-month follow-up among breast cancer patients relative to a fact-control condition. The goal of this article is to investigate mechanisms underlying these effects. Within-session heart rate habituation mediated effects of expressive disclosure on physical symptoms, and greater use of negative emotion words in essays predicted a decline in physical symptoms. Postwriting mood and use of positive emotion and cognitive mechanism words in essays were not significant mediators, although greater cognitive mechanism word use was related to greater heart rate habituation and negative emotion word use.

**Rimes, Katharine-A; Salkovskis, Paul-M; Jones, Linda; Lucassen, Anneke-M. (2006). Applying a cognitive behavioral model of health anxiety in a cancer genetics service. *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 171-180.***

A cognitive-behavioral model of health anxiety was used to investigate reactions to genetic counseling for cancer. Participants (N = 218) were asked to complete a questionnaire beforehand and 6 months later. There was an overall decrease in levels of cancer-related anxiety, although 24% of participants showed increased cancer-related anxiety at follow-up. People who had a general tendency to worry about their health reported more cancer-related anxiety than those who did not at both time points. This health-anxious group also showed a postcounseling anxiety reduction, whereas the others showed no significant change. Participants with

breast or ovarian cancer in their family were more anxious than participants with colon cancer in their family. Preexisting beliefs were significant predictors of anxiety, consistent with a cognitive-behavioral approach.

**McKenna, Frank-P; Horswill, Mark-S. (2006). Risk taking from the participant's perspective: The case of driving and accident risk. *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 163-170.***

Although perceived health risk plays a prominent role in theories of health behavior, its empirical role in risk taking is less clear. In Study 1 (N = 129), 2 measures of drivers' risk-taking behavior were found to be unrelated to self-estimates of accident concern but to be related to self-ratings of driving skill and the perceived thrill of driving. In Study 2 (N = 405), out of a wide range of potential influences, accident concern had the weakest relationship with risk taking. The authors concluded that although health risk is a key feature in many theories of health behavior and a central focus for researchers and policy makers, it may not be such a prominent factor for those actually taking the risk.

**Starace, Fabrizio; Massa, Alessandra; Amico, K.-Rivet; Fisher, Jeffrey-D. (2006). Adherence to antiretroviral therapy: An empirical test of the information-motivation-behavioral skills model. *Health Psychology. Vol 25(2) Mar 2006, 153-162.***

Consistent and nearly perfect adherence is considered an essential requirement for HIV-positive patients on antiretroviral therapy (ART) to fully realize its life-extending benefits. The current study evaluated a comprehensive model of ART adherence--the information-motivation-behavioral skills (IMB) model. This model views adherence behavior as a function of the interrelations between adherence-related information, motivation, and behavioral skills. It hypothesizes that adherence-related information and motivation work through adherence-related behavioral skills to affect the initiation and maintenance of optimal ART adherence. In a series of structural equation models, the IMB model's critical constructs and assumptions were evaluated with a sample of 100 HIV-positive patients in clinical care. Across all analyses, the authors found support for the assumptions of the IMB model of ART adherence. Consistent with the model, adherence-related information and motivation related significantly to adherence-related behavioral skills, and behavioral skills related significantly to self-reported optimal adherence. Further, as predicted, the effects of information and motivation on self-reported adherence were mediated by adherence-related behavioral skills. Current study results are explored, and implications for adherence promotion interventions based on the model are discussed.

**Peters, Ellen; Slovic, Paul; Hibbard, Judith-H; Tusler, Martin (2006).** Why worry? Worry, risk perceptions, and willingness to act to reduce medical errors. *Health Psychology*. Vol 25(2) Mar 2006, 144-152.

Through the domain of medical errors, the role of worry and perceived risk in precautionary behaviors was examined in a convenience sample (N = 195, mean age = 42 years, 71% female). Worry was linked to fatality estimates. A model of the antecedents and consequences of worry also was tested. Risk characteristics such as dread and preventability, negative reactivity, and vulnerability to medical errors appeared to motivate worry about medical errors. Worry about medical errors was a better predictor of intentions to take precautionary actions than were risk perceptions. An understanding of how worry influences preventive efforts will help in building communication strategies to the public and in effectively engaging patients in the role of vigilant partner in care.

**Steginga, Suzanne-K; Occhipinti, Stefano (2006).** Dispositional optimism as a predictor of men's decision-related distress after localized prostate cancer. *Health Psychology*. Vol 25(2) Mar 2006, 135-143.

This study investigated prospectively the relationship between optimism, threat appraisal, seeking support and information, cognitive avoidance, physical treatment side effects, and decision-related distress in 111 men with localized prostate cancer. Men were assessed at diagnosis and 2 and 12 months after treatment. Baseline decision-related distress predicted distress 2 and 12 months after treatment. Optimism was a significant prospective and concurrent predictor of decision-related distress, with the effect mediated by proximal cancer threat appraisal. Seeking support and information and cognitive avoidance were not associated with decision-related distress at any time point. For physical treatment side effects, concurrent urinary symptoms were predictive of decision-related distress 2 months after treatment. Results suggest that decision-related distress is generated by similar processes to that of the psychological distress that follows a cancer diagnosis. Screening for men with high decision-related distress for referral to in-depth decision support is suggested. Outcome expectations may present as a therapy target to increase the effectiveness of decisional support that is utility based.

**Smith, Gary (2006).** The Five Elements and Chinese-American Mortality. *Health Psychology*. Vol 25(1) Jan 2006, 124-129.

D. P. Phillips, T. E. Ruth, and L. M. Wagner (1993) reported that 1969-1990 California mortality data show that Chinese Americans are particularly vulnerable to diseases that Chinese astrology and tradi-

tional Chinese medicine associate with their birth years. For example, because fire is associated with the heart, a Chinese person born in a fire year (such as 1937) is more likely to die of heart disease than is a Chinese person born in a nonfire year. However, many diseases were excluded from this study, some diseases that were included have ambiguous links to birth years, and the statistical tests were indirect. A more complete statistical analysis and independent California mortality data for the years 1960-1968 and 1991-2002 did not replicate the original results.

**Sirois, Fuschia-M; Davis, Christopher-G; Morgan, Melinda-S. (2006).** "Learning to Live With What You Can't Rise Above": Control Beliefs, Symptom Control, and Adjustment to Tinnitus. *Health Psychology*. Vol 25(1) Jan 2006, 119-123.

The relations between 3 types of perceived control, symptom severity, and 2 adaptational outcomes, depressive symptoms and psychological well-being, were examined in a sample of 319 people with tinnitus. Consistent with previous studies of control and adjustment to chronic health conditions, general health and symptom control were associated with better psychological adjustment, and retrospective control was associated with worse psychological adjustment. Only symptom control emerged as a significant moderator in the symptom severity-adjustment relationship, such that stronger beliefs in one's ability to control symptoms were most strongly associated with better adjustment among those with more severe tinnitus symptoms. These findings were consistent with coping perspectives and cognitive adaptation theory and suggest that symptom-related perceptions of control may be an effective coping resource to nurture in chronic health contexts with severe symptoms.

**Stewart, Jesse-C; Janicki, Denise-L; Kamarck, Thomas-W. (2006).** Cardiovascular Reactivity to and Recovery From Psychological Challenge as Predictors of 3-Year Change in Blood Pressure. *Health Psychology*. Vol 25(1) Jan 2006, 111-118.

The authors examined whether cardiovascular reactivity to and recovery from psychological challenge predict 3-year change in blood pressure (BP) among 216 initially normotensive, community-dwelling adults. Clinic BP assessments were conducted at baseline and follow-up. BP and heart rate (HR) readings were obtained before, during, and after 5 psychological tasks at baseline. Following adjustment for traditional predictors of BP and lifestyle factors, poorer systolic BP recovery across the tasks was associated with greater 3-year increases in clinic systolic and diastolic BP. Both diastolic BP recovery and HR recovery were also related to 3-year change in clinic BP, though cardiovascular reactivity measures were not. These findings suggest that the duration of stress-related

cardiovascular responses may be important for predicting longitudinal changes in BP.

**Surtees, Paul-G; Wainwright, Nicholas-W.-J; Luben, Robert; Khaw, Kay-Tee; Day, Nicholas-E. (2006). Mastery, Sense of Coherence, and Mortality: Evidence of Independent Associations From the EPIC-Norfolk Prospective Cohort Study. *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 102-110.***

This study investigated the association between 2 distinct personal coping resources (mastery and sense of coherence) and all-cause, cardiovascular, and cancer mortality. During follow-up (up to 6 years), 994 deaths were recorded among 20,323 participants, ages 41 to 80 years, in the European Prospective Investigation into Cancer Study in the United Kingdom. A strong sense of mastery was associated with lower rates of mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer, after adjusting for age, sex, and prevalent chronic physical disease. The association with all-cause mortality was observed for both men and women and remained following further adjustment for cigarette smoking, social class, hostility, neuroticism, and extroversion. Analysis of the joint association between mastery and sense of coherence revealed both personal coping dispositions to be independently associated with lower rates of all-cause mortality. In addition, these data suggested that the association for mastery was specific to cardiovascular mortality, whereas the association for sense of coherence was specific to cancer mortality. These results may aid future study of coping resources as determinants of persistent well-being.

**Williams, Geoffrey-C; McGregor, Holly-A; Sharp, Daryl; Levesque, Chantal; Kouides, Ruth-W; Ryan, Richard-M; Deci, Edward-L. (2006). Testing a Self-Determination Theory Intervention for Motivating Tobacco Cessation: Supporting Autonomy and Competence in a Clinical Trial. *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 91-101.***

A longitudinal randomized trial tested the self-determination theory (SDT) intervention and process model of health behavior change for tobacco cessation (N = 1006). Adult smokers were recruited for a study of smokers' health and were assigned to intensive treatment or community care. Participants were relatively poor and undereducated. Intervention patients perceived greater autonomy support and reported greater autonomous and competence motivations than did control patients. They also reported greater medication use and significantly greater abstinence. Structural equation modeling analyses confirmed the SDT process model in which perceived autonomy support led to increases in autonomous and competence motivations, which in turn led to greater cessation. The causal role of

autonomy support in the internalization of autonomous motivation, perceived competence, and smoking cessation was supported.

**Chapman, Gretchen-B; Coups, Elliot-J. (2006). Emotions and Preventive Health Behavior: Worry, Regret, and Influenza Vaccination. *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 82-90.***

The role of worry, regret, and perceived risk in preventive health decisions was explored in a longitudinal questionnaire study on influenza vaccination among 428 university employees. The study yielded 3 main findings. First, ratings of anticipated worry and regret were stronger predictors of vaccination than perceived risk and mediated the effect of risk on vaccination. Second, the anticipated level of emotions differed systematically from experienced emotions, such that vaccinated individuals anticipated more regret and less worry than they actually experienced. Third, anticipated and experienced emotions had implications for subsequent vaccination decisions. Those who did not vaccinate in the 1st year but had high levels of worry and regret were likely to be vaccinated the following year.

**Simoni, Jane-M; Frick, Pamela-A; Huang, Bu (2006). A Longitudinal Evaluation of a Social Support Model of Medication Adherence Among HIV-Positive Men and Women on Antiretroviral Therapy. *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 74-81.***

Nonadherence in the management of chronic illness is a pervasive clinical challenge. Although researchers have identified multiple correlates of adherence, the field remains relatively atheoretical. The authors propose a cognitive-affective model of medication adherence based on social support theory and research. Structural equation modeling of longitudinal survey data from 136 mainly African American and Puerto Rican men and women with HIV/AIDS provided preliminary support for a modified model. Specifically, baseline data indicated social support was associated with less negative affect and greater spirituality, which, in turn, were associated with self-efficacy to adhere. Self-efficacy to adhere at baseline predicted self-reported adherence at 3 months, which predicted chart-extracted viral load at 6 months. The findings have relevance for theory building, intervention development, and clinical practice.

**Honda, Keiko; Gorin, Sherri-Sheinfeld (2006). A Model of Stage of Change to Recommend Colonoscopy Among Urban Primary Care Physicians. *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 65-73.***

Theory is little used in the prediction of physician cancer screening stage of change. Structural equation modeling was used to evaluate the theoretical

predictors of stage of change to recommend colonoscopy among 235 urban physicians. Constructs from the theory of planned behavior, social-cognitive theory, and the transtheoretical model were systematically tested. As predicted, contextual factors, such as the physicians' ages, their race-ethnicities, patient race-ethnicity, and office-related barriers to preventive care were associated with stage of change through self-efficacy, normative beliefs, and negative behavioral beliefs. The findings demonstrate the relevance of these models to studying the behavior of physicians and support the development of interventions that are tailored to normative beliefs and specific physician cognitions for colonoscopy recommendation.

**Hampson, Sarah-E; Goldberg, Lewis-R; Vogt, Thomas-M; Dubanoski, Joan-P. (2006). Forty Years On: Teachers' Assessments of Children's Personality Traits Predict Self-Reported Health Behaviors and Outcomes at Midlife. *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 57-64.***

A life span health-behavior model was investigated in this longitudinal study of personality influences on health. Teachers assessed 963 elementary schoolchildren on traits that formed scales assessing the dimensions of the five-factor (Big Five) model of personality. Smoking, alcohol use, body mass index (BMI), and self-rated health were assessed 40 years later in midlife. Childhood personality traits were significantly associated with all 4 outcomes, and the effects were consistently larger for women than men. For men and women, childhood Conscientiousness was associated with less adult smoking and better adult self-rated health and, for women only, with lower adult BMI. Mediation analyses suggested that the effects of Conscientiousness on self-rated health were partially mediated by smoking and BMI. These findings add to the growing evidence that childhood personality traits predict adult health outcomes and are discussed in terms of future testing of the life span health-behavior model.

**Bellizzi, Keith-M; Blank, Thomas-O. (2006). Predicting Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors. *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 47-56.***

Wide variability exists with respect to how breast cancer survivors respond to common psychological and psychosocial challenges of their disease, ranging from posttraumatic stress disorder to posttraumatic growth. This cross-sectional study examined contextual, disease-related, and intraindividual predictors of posttraumatic growth in 224 randomly selected breast cancer survivors. A series of hierarchical regression analyses found that age at diagnosis, marital status, employment, education, perceived intensity of disease, and active coping accounted for 34%, 35%, and 28% of the variance in

growth in relationships with others, new possibilities, and appreciation for life. These findings suggest that a more comprehensive model of growth will be helpful in understanding the various factors that play a role in breast cancer survivors' perception of psychological and psychosocial growth.

**Jackson, Kristina-M; Aiken, Leona-S. (2006). Evaluation of a Multicomponent Appearance-Based Sun-Protective Intervention for Young Women: Uncovering the Mechanisms of Program Efficacy. *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 34-46.***

An appearance-based sun-protection intervention program was developed, implemented, and evaluated in a sample of 211 Caucasian women (ages 18-25) randomly assigned to the sun-protection program or to a stress management (control) program. The sun-protection program incorporated a novel construct of image norms of aspirational peers (i.e., female media figures, fashion models) approving paleness. The authors targeted these image norms as well as the advantages of tanning, health beliefs about photoaging and skin cancer, and self-efficacy for sun protection. The intervention produced significant differences across conditions favoring sun protection on all constructs but severity of skin cancer and barriers to sun protection. At follow-up, treatment participants exceeded controls both in intention to sun protect and sun-protective behavior and reported lower intention to sunbathe and fewer hours of sunbathing. A mediational model of intervention outcomes revealed distinct mediators for sun protection versus sunbathing.

**Evans, W.-Douglas; Powers, Anne; Hersey, James; Renaud, Jeanette (2006). The Influence of Social Environment and Social Image on Adolescent Smoking. *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 26-33.***

This purpose of this article is to explore differences by gender and school grade in patterns of association among social influences and tobacco use. Data from the 1999 (N = 15,038) and 2000 (N 35,828) National Youth Tobacco Survey (American Legacy Foundation, 1999, 2000), a nationally representative, repeated cross-sectional survey, were used in the analysis. The authors compared effects on adolescent smoking. Direct paths from social environment to current smoking increased from middle school to high school. Indirect paths with social image mediating this relationship revealed a smaller increase. The pattern was constant across subsamples. Social image of smokers mediated the influence of social environment on adolescent smoking. Social image had a greater effect on smoking among middle school boys and high school girls.

**Clark, Rodney (2006). Perceived Racism and Vascular Reactivity in Black College Women:**

**Moderating Effects of Seeking Social Support.** *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 20-25.*

This quasi-experimental study explored the association of perceived racism and seeking social support to vascular reactivity in a college sample of 110 Black women. Perceived racism and seeking social support were assessed via self-report, and vascular reactivity was measured before and during a standardized speaking task. Hierarchical regression analyses indicated that perceived racism was positively related to changes in systolic blood pressure. These analyses also indicated that seeking social support moderated the relationship between perceived racism and systolic blood pressure changes. This interaction effect persisted after controlling for several potential confounders. Follow-up regression analyses showed that perceived racism was positively associated with reactivity among participants who were low in seeking social support. A significant relationship was not observed between perceived racism and systolic blood pressure changes among participants who were high in seeking social support. Perceived racism and seeking social support were not significantly associated with changes in diastolic blood pressure. These findings highlight the importance of examining psychosocial factors that may mitigate the hypothesized relationship between perceived racism and reactivity.

**Smith, Michael-T; Perlis, Michael-L. (2006). Who Is a Candidate for Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia?** *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 15-19.*

Chronic insomnia impacts 1 in 10 adults and is linked to accidents, decreased quality of life, diminished work productivity, and increased long-term risk for medical and psychiatric diseases such as diabetes and depression. Recent National Institutes of Health consensus statements and the American Academy of Sleep Medicine's Practice Parameters recommend that cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBT-I) be considered the 1st line treatment for chronic primary insomnia. Growing research also supports the extension of CBT-I for patients with persistent insomnia occurring within the context of medical and psychiatric comorbidity. In the emerging field of behavioral sleep medicine, there has yet to be a consensus point of view about who is an appropriate candidate for CBT-I and how this determination is made. This report briefly summarizes these issues, including a discussion of potential contraindications, and provides a schematic decision-to-treat algorithm.

**Irwin, Michael-R; Cole, Jason-C; Nicassio, Perry-M. (2006). Comparative Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Insomnia and Their Efficacy in Middle-Aged Adults and in Older Adults 55+ Years of Age.** *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 3-14.*

Meta-analyses support the effectiveness of behavioral interventions for the treatment of insomnia, although few have systematically evaluated the relative efficacy of different treatment modalities or the relation of old age to sleep outcomes. In this meta-analysis of randomized controlled trials ( $k = 23$ ), moderate to large effects of behavioral treatments on subjective sleep outcomes were found. Evaluation of the moderating effects of behavioral intervention type (i.e., cognitive-behavioral treatment, relaxation, behavioral only) revealed similar effects for the 3 treatment modalities. Both middle-aged adults and persons older than 55 years of age showed similar robust improvements in sleep quality, sleep latency, and waking after sleep onset. A research agenda is recommended to examine the mechanisms of action of behavioral treatments on sleep with increased attention to the high prevalence of insomnia in older individuals.

**Davidson, Karina-W; Trudeau, Kimberlee-J; Smith, Timothy-W. (2006). Introducing the New Health Psychology Series "Evidence-Based Treatment Reviews": Progress Not Perfection.** *Health Psychology. Vol 25(1) Jan 2006, 1-2.*

Introduces the new Health Psychology series "Evidence-Based Treatment Reviews." Psychologists struggle continuously with the tension between the general implications of research conducted in their treatment area and the often unique needs and treatment possibilities for their individual patients. Recent concerns about this struggle in psychology have led to the initiation of an American Psychological Association presidential taskforce to propose an evidence-based policy: Evidence-Based Psychology Practice (EBPP). This struggle is not new. Medicine, similarly, has been dealing with the issue of how to translate research findings into evidence-based assessments and treatments. The process of joining our research with our practice, known as Evidence-Based Medicine, will be the cornerstone of a new series of articles in Health Psychology, entitled "Evidence-Based Treatment Reviews." Evidence-Based Behavioral Medicine is an extension of the Evidence-Based Medicine movement that identified the necessity of critically evaluating research to inform clinical practice (Rosenberg & Donald, 1995). In addition to mentoring researchers in presenting their findings in a more user-friendly style (e.g., Consolidated Standards of Reporting Trials, or CONSORT, guidelines; Altman, Schulz, Moher, Egger, Davidoff, Elbourne, et al., 2001), teaching clinicians how to review the evidence (e.g., Evidence Based Medicine Tool Kit), and compiling and summarizing the existing evidence for public consumption (e.g., the Cochrane Collaboration), it makes sense to integrate these efforts by presenting research reviews with clinician commentary in our professional journals as has already been done by the Journal of the



American Medical Association (JAMA, e.g., DeAngelis & Fontanarosa, 2002; Levinson & DeAngelis, 2002). We seek to add to the health psychology evidence base by including two articles for each topic chosen: an Evidence Review and a Clinician's Comment. For this series, we envision that three or four evidence-based reviews will be

published per year in Health Psychology and that each review will be accompanied by a three- or four-page commentary by a clinician to aid in the application of the research to a clinical practice. In this format, we hope to capture both the state of the clinical science and the challenging art of translating it into clinical practice.

## Journal of Community Psychology

**Wandersman, Abraham; Clary, E.-Gil; Forbush, Janet; Weinberger, Susan-G; Coyne, Shawn-M; Duffy, Jennifer-L. (2006). Community organizing and advocacy: Increasing the quality and quantity of mentoring programs. *Journal of Community Psychology. Vol 34(6) Nov 2006, 781-799.***

Although youth mentoring programs are widespread, it is clear that there is a great need to increase their quality and quantity. This article provides background on funding initiatives in mentoring, and the role of community organizing and advocacy in influencing the demand for programs. A model that examines the community's role in influencing and coordinating key stakeholder groups in planning, implementing, and sustaining programs is proposed. The need for more effective programs is examined in a second model, which relates the capacity of organizations, staff, and programs for training and technical assistance to the quality and efficacy of their programs. Recommendations for future research are made.

**Darling, Nancy; Bogar, G.-Anne; Cavell, Timothy-A; Murphy, Susan-Elaine; Sanchez, Bernadette (2006). Gender, ethnicity, development, and risk: Mentoring and the consideration of individual differences. *Journal of Community Psychology. Vol 34(6) Nov 2006, 765-779.***

Individual differences shape the needs and characteristics of proteges, the processes through which mentoring may influence proteges' developmental trajectories, and the social networks into which the mentors enter. The literature on the influences of gender, ethnicity, and age on mentoring is reviewed and discussed as examples of how mentoring programs may have different influences on, and outcomes for, specific groups of youth. A focus on individual differences will help facilitate the development of mentoring programs that create a close fit between the needs of proteges and the services offered by the programs, as well as greater insight into what are the key elements of program effectiveness.

**Britner, Preston-A; Balcazar, Fabricio-E; Blechman, Elaine-A; Blinn-Pike, Lynn; Larose, Simon (2006). Mentoring special youth popula-**

**tions. *Journal of Community Psychology. Vol 34(6) Nov 2006, 747-763.***

Whereas mentoring programs are well received as support services, very little empirical research has been conducted to assess the effectiveness of these programs to meet the diverse needs of different special populations of youth. Potentially useful theoretical orientations (attachment, parental acceptance-rejection, social support, adult development, host provocation) and a sociomotivational model of mentoring are presented to complement Rhodes's (2002) model. Mentoring research literatures for five special populations of youth (abused and neglected youth, youth who have disabilities, pregnant and parenting adolescents, juvenile offenders, academically at-risk students) are critiqued. Systemic, longitudinal research must address the cooccurrence of risk factors, populations, and interventions. We conclude with specific recommendations for future research.

**Hamilton, Stephen-F; Hamilton, Mary-Agnes; Hirsch, Barton-J; Hughes, Jan; King, Jacqueline; Maton, Kenneth (2006). Community contexts for mentoring. *Journal of Community Psychology. Vol 34(6) Nov 2006, 727-746.***

Mentoring programs attempt to foster a relationship that is too often missing from the lives of disadvantaged children and youth. However, in view of both the power and the limitations of mentoring programs, it is important to understand how mentoring occurs naturally. Assuming an ecological perspective, we examine mentoring in four contexts: classrooms, youth development organizations, work and service-learning, and faith-based organizations. Although none has been studied in sufficient depth, and no research has been found on natural mentoring in faith-based organizations, available evidence indicates that such mentoring adds to young people's intellectual, psychological and emotional, social, and, to a lesser extent, physical assets. This review poses many questions for future research, including fundamental ones about the prevalence of mentoring in these contexts, the circumstances in which it arises, and its risks and benefits. Nonetheless, the evidence is sufficient to encourage practitioners to promote mentoring relationships of youth and adults in all of these contexts.

**Karcher, Michael-J; Kuperminc, Gabriel-P; Portwood, Sharon-G; Sipe, Cynthia-L; Taylor, Andrea-S. (2006). Mentoring programs: A framework to inform program development, research, and evaluation. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(6) Nov 2006, 709-725.**

As mentoring programs have proliferated, considerable variation in approaches to programmatic mentoring has emerged. Concomitant confusion exists about the context, structure, and goals that constitute mentoring as a distinct intervention. This article presents a brief summary of what is currently known about different approaches to mentoring and proposes a framework that identifies both the common and the specific elements among different youth mentoring approaches. Rather than focusing solely on the participants and contexts of mentoring programs, such as peer- or school-based mentoring, as the key elements that differentiate programs, the authors suggest that more fruitful program development and research will result from a closer examination of the context, structure, and goals of programs, as well as of three critical program elements: content, infrastructure, and dosage. To understand better how and under what conditions mentoring works, program developers and researchers should test hypotheses regarding the influences of these program elements based on theory-driven expectations about the interrelationships among proximal, enabling, and distal outcomes of mentoring programs.

**Rhodes, Jean-E; Spencer, Renee; Keller, Thomas-E; Liang, Belle; Noam, Gil (2006). A model for the influence of mentoring relationships on youth development. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(6) Nov 2006, 691-707.**

Anecdotal reports of the protective qualities of mentoring relationships for youth are corroborated by a growing body of research. What is missing, however, is research on the processes by which mentors influence developmental outcomes. In this article, we present a conceptual model of the mentoring process along with a delineation of some of the current research on what makes for more effective mentoring relationships. A set of recommendations for future research is offered.

**Larson, Reed (2006). Positive youth development, willful adolescents, and mentoring. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(6) Nov 2006, 677-689.**

This article describes positive youth development as a process in which young people's capacity for being motivated by challenge energizes their active engagement in development. The first part of the article discusses the conditions under which this motivation is activated and considers obstacles to its activation in daily life. The second part discusses

ways in which caring adults, including mentors, can support this process of positive development. Several frameworks that provide models of how adults can provide needed structure and guidance while supporting youth's development as agents of their own growth are discussed.

**DuBois, David-L; Doolittle, Fred; Yates, Brian-T; Silverthorn, Naida; Tebes, Jacob-Kraemer (2006). Research methodology and youth mentoring. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(6) Nov 2006, 657-676.**

Mentoring programs for youth have grown tremendously in popularity in recent years and in many important respects reflect core principles of community psychology. Mentoring of youth is a complex phenomenon, however, with a range of significant processes occurring at the levels of individual youth and their mentors, youth-mentor relationships and other interpersonal systems, programs, and the larger policy context. The research methods used to study youth mentoring need to be well suited to capturing this complexity. In this article, we argue, furthermore, that investigations of youth mentoring relationships and programs should be tailored to address concerns associated with each major phase of the intervention research cycle (i.e., preintervention, intervention, and preventive service systems research). Existing research pertinent to these differing phases frequently has not employed state-of-the-art methodology in the areas of sampling, design, assessment, and analysis. We also find that there are important gaps in the types of research conducted, and that in many instances, needed linkages across phases of the research cycle are lacking. Recommendations for strengthening future research on youth mentoring are discussed.

**DuBois, David-L; Rhodes, Jean-E. (2006). Introduction to the special issue: Youth mentoring: Bridging science with practice. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(6) Nov 2006, 647-655.**

Initiatives to promote mentoring relationships in the lives of young people have become immensely popular in recent years. Programs with this aim now number well into the thousands and benefit from significant levels of governmental, corporate, and philanthropic support. The research base that is necessary to inform the practice of mentoring, by comparison, has lagged behind. To address the field's need for a stronger scientific foundation, MENTOR/National Mentoring Partnership convened the National Research Summit on Mentoring in 2003. A policy brief that resulted from the summit identified several priority areas for future research on youth mentoring, as well as strategic mechanisms to support this work. This special issue features reports from working groups at the summit that were organized around the following themes:

evaluation and research methodology, relationships, programs, contexts, special populations, developmental and cultural perspectives, and community organizing and advocacy. Collectively, the reports highlight the need for research to clarify a wide range of important theoretical and pragmatic issues in efforts to promote effective mentoring of youth.

**Couture, Shannon-M; Penn, David-L. (2006). The effects of prospective naturalistic contact on the stigma of mental illness. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(5) Sep 2006, 635-645.**

The primary aim of this study was to determine whether naturalistic, interpersonal contact with persons with a severe mental illness (SMI) could reduce stigma. Participants from the agency Compeer (which pairs volunteers with people with SMI) were compared to volunteers from a control agency and to nonvolunteer participants from the community on stigma measures over a 6-month period. The quality of the relationship between the Compeer volunteer and consumer and its association with changes in stigmatizing attitudes was also assessed. The results provide preliminary evidence that naturalistic contact can reduce negative affective responses to individuals with SMI. Furthermore, changes in affective response were related to the quality of the contact between the Compeer volunteer and consumer. Implications for future research are discussed.

**Cheung, Chau-kiu; Kwan, Alex-Yui-huen; Ng, Sik-Hung (2006). Impacts of filial piety on preference for kinship versus public care. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(5) Sep 2006, 617-634.**

Elder care can involve the elder's children, other relatives, friends, community, and services sponsored by the government. According to the compensatory view, an individual prefers to rely on only one mode of elder care (i.e., care of elders in society, not just one's parents). In contrast, the complementary view suggests that the individual desires to combine elder care from multiple sources. This view expects that someone who practices filial piety more intensively will display a higher desire for other sources of elder care as well. The present study clarifies the impact of filial piety on desire and preference for kin/friend and government support for elder care in society. Its data came from a random sample survey of Hong Kong Chinese. Results endorse the compensatory view and thus disconfirm the complementary view when filial piety showed a negative effect on desire for other sources of support. Particularly, results reveal a more negative impact of filial piety on desire for other sources of support among people aged 40 years or older. These findings sustain the proposal

for promoting filial piety as a way to relieve people's reliance on government support in elder care.

**Pinto, R.-M; McKay, M.-M. (2006). A mixed-method analysis of African-American women's attendance at an HIV prevention intervention. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(5) Sep 2006, 601-616.**

Grounded in a model of service utilization, this study conceptualizes attendance of African-American women at an HIV prevention intervention as associated with influences across three ecological domains--individual, service (program), and social network. First, the texts of responses to semistructured, open-ended elicitation interviews were analyzed. Survey items that conceptually matched the influences on attendance were then selected for subsequent analyses. In order to assess the contributions of groups of variables in separate domains, three blocks of independent variables were entered in a hierarchical regression. The hierarchical regression revealed that individual domain variables (age, level of education, and perception of racism) accounted for 18% of variance in attendance. After controlling for these variables, program domain variables (use of counseling and staff friendliness) accounted for an additional 7% of variance. The social network domain (influence of friends) did not account for any additional variance. It appears that several factors in different ecological domains may influence attendance at HIV prevention interventions. The modifiable factors found here can be used by researchers and practitioners to improve the attendance of racial and ethnic minority populations, those at most risk for HIV exposure, at prevention interventions.

**Copeland-Linder, Nikeea (2006). Stress among black women in a south African township: The protective role of religion. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(5) Sep 2006, 577-599.**

Communities that have been exposed to high levels of stress and where religiosity is salient are ideal contexts in which to examine the role of religion in stress processes. The present study examines the protective function of religiosity among Black women in a South African township. The women (N = 172) were interviewed about sources of stress, religiosity, depressive symptomatology, and physical health problems. The results revealed that engagement informal religion buffered the aggregate effects of multiple stressors (cumulative stress), as well as the effects of work stress and experiencing racism on physical health. Prayer also buffered the effects of work stress on physical health and reduced the deleterious effects of work stress and experiencing racism on depressive symptomatology.

**Jackson, Dahra; Heatherington, Laurie (2006).** Young Jamaicans' attitudes toward mental illness: Experimental and demographic factors associated with social distance and stigmatizing opinions. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(5) Sep 2006, 563-576.

Two large-scale studies assessed the nature and correlates of young Jamaicans' attitudes toward mental illness. In study 1, students viewed a videotaped job interview for a teacher whose history was manipulated to include a history of mental illness, or not. Students desired significantly less social distance (i.e., more contact) with the "normal" confederate, followed by those with a mental illness history. The putative cause of the mental illness (biomedical vs. psychosocial) made no difference. Study 2, a survey study, revealed the presence of negative attitudes toward people with mental illness and several demographic (age, gender, social class, and rural vs. urban location) differences. Implications of the results for community public health, education, and stigma-reduction programs, as well as a comparison with research on stigma and attitudes toward mental illness in American culture, are discussed.

**Kulik, Liat (2006).** Burnout among volunteers in the social services: The impact of gender and employment status. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(5) Sep 2006, 541-561.

This study examines whether gender and employment status affect burnout, motives for volunteering, and difficulties associated with volunteer activity in social and community services in Israel. The sample included 375 men and women aged 16 through 80. Participants were divided into four groups by employment status: high school students, employed persons, retirees, and unemployed persons. The findings revealed that employment status had a more significant impact on the research variables than did gender. Burnout correlated positively with difficulty in relations with beneficiaries among men, and with difficulty in relations with the provider organization among women. Female students and unemployed men were found to be particularly vulnerable to burnout.

**Hur, Mann-Hyung (2006).** Empowerment in terms of theoretical perspectives: exploring a typology of the process and components across disciplines. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(5) Sep 2006, 523-540.

A variety of studies on empowerment has been conducted, but there has been no overarching framework available for practitioners and researchers hoping to grasp the process and components of empowerment in a comprehensive manner. This study was designed to provide the overarching framework across theories and disciplines for both academics and practitioners in the field of empow-

erment. A method of theoretical synthesis was employed in this study. Studies were chosen for review in the article based on the two criteria. First, both books and articles were not limited as long as they included theories on the steps toward empowerment and the cognitive element of empowerment. Second, disciplines were not bounded as they provided ideas for the empowerment process and its cognitive elements. It was found that empowerment might be synthesized into five progressive stages and four cognitive elements in both personal and collective empowerment.

**Gurhrie, Jill; Dance, Phyll; Cubillo, Carmen; McDonald, David; Tongs, Julie; Brideson, Tom; Bammer, Gabriele (2006).** Working in partnership: Skills transfer in developing a cross-cultural research team. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(5) Sep 2006, 515-522.

As part of a broader study on Indigenous illegal drug use, the authors undertook skills training to increase cross-cultural mutual understanding of the often different approaches and methodologies between research and practice, as well as Aboriginal and non-Aboriginal understandings of these approaches. The study and the skills transfer training were part of a longer-term partnership between Winnunga Nimmityjah Aboriginal Health Service and the National Centre for Epidemiology and Population Health at The Australian National University, Canberra, Australia. The authors describe the skills transfer process involving specific training in the ethical issues relating to research generally and this particular study, research funding processes, basic epidemiological and biostatistical concepts, and aspects of interviewing and questionnaire design. They use five vignettes to illustrate how the skills transfer process fulfilled their broader aim related to the ethical conduct of research with Aboriginal and Torres Strait Islander communities.

**Chaskin, Robert-J; Goerge, Robert-M; Skyles, Ada; Guiltinan, Shannon (2006).** Measuring social capital: An exploration in community-research partnership. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(4) Jul 2006, 489-514.

Large numbers of social policy initiatives and community organizations are currently engaged in "community building" efforts that seek, in part, to strengthen informal relationships and the organizational infrastructure of communities and to build the capacity of communities to manage and foster community change. One critical requirement for improving such practice is for communities to have greater access and capacity to use information for planning, advocacy, and assessment. There are, however, a number of challenges to this, especially as it concerns understanding complex, sometimes elusive, dimensions of community circumstances

and dynamics--the level of community "social capital," for example--that are of central interest to those involved in community-building efforts. The authors describe what was learned through a community-research partnership that attempted to test practical options for community-based organizations (CBOs) to measure aspects of community social capital for their own purposes and within the constraints of budget, time, and skills under which they work.

**Luo, Lu (2006). The transition to parenthood: Stress, resources, and gender differences in a Chinese society. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(4) Jul 2006, 471-488.**

This study aimed to explore the parenthood transition in a Chinese cultural context. Three hundred sixty-four parents (201 females, 163 males) took part in this panel study conducted twice at 6 weeks before and 6 weeks after the birth of their children. Results showed that (a) in cross-sectional analyses, parenthood stress had consistent negative effects on mental health and marital satisfaction; (b) in prospective analyses, stress still had adverse effects on postnatal mental health or marital satisfaction after controlling for their prenatal baseline levels; (c) social support and marital congruence had beneficial effects on the parenthood adjustment; (d) compared to men, women reported higher stress, more psychological symptoms, lower marital satisfaction than men, but receiving more social support. These results are discussed in relation to existing Western theories and research, as well as the distinct characteristics of the contemporary Chinese society. Possible implications for community interventions are also suggested.

**N.-Andrew, Peterson; Paul-W., Speer; Joseph, Hughey (2006). Measuring sense of community: A methodological interpretation of the factor structure debate. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(4) Jul 2006, 453-469.**

Instability in the factor structure of the Sense of Community Index (SCI) was tested as a methodological artifact. Confirmatory factor analyses, tested with two data sets, supported neither the proposed one-factor nor the four-factor (needs fulfillment, group membership, influence, and emotional connection) SCI. Results demonstrated that the SCI was best described by four factors in combination with two method factors (i.e., one factor including only positively worded items and another including only negatively worded items). Analyses comparing SCI and method factors showed that positively and negatively worded items correlated differently with measures of citizen participation, psychological empowerment, and health-related quality of life. Results indicate that the SCI should be revised to exclude negatively worded items and new positively worded items should be developed and

tested. The effects of method variance and alternative solutions to the psychometric issues in the SCI are discussed.

**Rivera, Hector-H; Tharp, Roland-G. (2006). A native American community's involvement and empowerment to guide their children's development in the school setting. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(4) Jul 2006, 435-451.**

This study provides an empirical description of the dimensions of community values, beliefs, and opinions through a survey conducted in the Pueblo Indian community of Zuni in New Mexico. The sample was composed of 200 randomly chosen community members ranging from 21 to 103 years old. A principal component factor analysis was conducted, as well as a multivariate analysis of variance, to explore gender, age, education, language, and socioeconomic (SES) differences on values, beliefs, and opinions from survey participants. Overall, the findings suggest a strong agreement by the community on the direction to be taken by their school district in their efforts to improve classroom instruction, as well as in their efforts to guide their children's development as Native Americans.

**Lewis, Don-A; Lee, Bong-Joo; Altenbernd, Lisa-M. (2006). Depression and welfare reform: From barriers to inclusion. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(4) Jul 2006, 415-433.**

The authors identify ways to facilitate work among current and recent welfare recipients with mental illness. Their analysis assesses the relationship between a particular mental illness, depression, and labor force involvement in a statewide sample of welfare recipients, identifies the factors that promote work for those with depression, and describes the positive and negative correlates of work among this group. This study is a building block in understanding how depression and work are related among current and recent welfare recipients and what factors impede or facilitate substantive involvement in society for those with depression.

**Scales, Peter-C; Benson, Peter-L; Mannes, Marc (2006). The contribution to adolescent well-being made by nonfamily adults: An examination of developmental assets as contexts and processes. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(4) Jul 2006, 401-413.**

The contribution of nonfamily adults to young people's well-being was explored using both a cross-sectional national sample of 614 12- to 17-year-olds and a longitudinal sample of 370 students followed from 6th-8th grades through 10th-12th grades. Both variable- and person-centered analyses were employed. Young people's involvement in volunteering, youth programs, and religious organizations was hypothesized to increase the frequency

as well as the quality of their relationships with nonfamily adults. Greater community involvement was related to (a) greater and qualitatively different kinds of engagement with nonfamily adults; (b) higher levels of positive developmental processes of support, empowerment, and boundary setting; (c) lower levels of risk behaviors; and (d) higher levels of thriving. The results suggest the utility of positive youth development theory, research, and applications for predicting and enhancing young people's concurrent and longer-term well-being.

**Heflinger, Craig-Anne; Christens, Brian (2006). Rural behavioral health services for children and adolescents: An ecological and community psychology analysis. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(4) Jul 2006, 379-400.**

While psychology has tended to focus on urban issues in research and practice, rural areas have undergone a series of changes in recent years that have increased the need for behavioral health services. A variety of social and economic factors has contributed both to the increasing needs and to the inability of the existing services to meet them. In this article, the authors survey the literature on rural behavioral health issues, focusing on children and adolescents, to highlight the status of knowledge and approaches to intervention. A conceptual rubric based on the social ecological perspective is used. First, what is known about rural behavioral health and health care for youth is described at the ontogenetic, micro-, meso-, and macrosystem levels. Strategies that have been proposed to address problems in rural behavioral health care are also presented at the different levels. General principles for future intervention and research are proposed that recognize the unique context of rural communities, use local knowledge and ideas, incorporate the efforts of informal systems of care using a strength-based approach, and identify and work toward solving the macrosystem issues that underlie rural health problems.

**Chia, Ho-Beng; Foo, Maw-Der; Fang, Ruolian (2006). Workplaces as communities: The role of social networks in who seeks, gives, and accepts information on justice issues. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(3) May 2006, 363-377.**

This article examines individuals in a community as defined by their membership in an organization. In such a setting, individuals often make use of their social contacts to make sense of events in the organization. Yet, the organizational justice literature is generally silent on how these contacts shape information seeking, volunteering, and acceptance. Using a social network perspective, we found that expressive ties were positively related to information seeking, volunteering, and acceptance for both procedural and interactional justice issues. Instru-

mental ties were related to all dependent variables for procedural justice issues but only related to information seeking for interactional justice issues. The role of ties and networks in information flow is discussed.

**Kowaleski-Jones, Lori; Dunifon, Rachel; Ream, Geoffrey (2006). Community contributions to scholastic success. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(3) May 2006, 343-362.**

The authors examine the influence of neighborhood characteristics on the academic outcomes of children in middle childhood. Prior research has examined structural features of the community and has evaluated their associations with youth outcomes (Brooks-Gunn, Duncan, Klebanov, & Sealand, 1993; Kowaleski-Jones, 2000). Other research has related perceptions of community environment to youth development (Aneshensel & Sucoff, 1996). This work seeks to bridge these two streams of research by considering the influence of both objective and subjective measures of the community environment on school-aged children. Data are drawn from the 1990 Census and the 1997 Panel Study of Income Dynamics Child Development Supplement (PSID-CDS). Results indicate a negative influence of living in a community with low socioeconomic resources for academic achievement. In contrast, in some models, results suggest a positive role for living in a community rich in immigrant concentration for school-related behavioral adjustment and achievement outcomes.

**Fleury-Steiner, Ruth-E; Bybee, Deborah; Sullivan, Cris-M; Belknap, Joanne; Melton, Heather-C. (2006). Contextual factors impacting battered women's intentions to reuse the criminal legal system. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(3) May 2006, 327-342.**

While a small number of past studies have examined either situational, relational, or systems-level factors that influence battered women's use of either the police, prosecutorial, or court systems, no study to date has examined how these factors each influence women's intentions to reuse these systems. To address this gap, in-person interviews were conducted with 178 women whose assailants had been charged with a domestic violence-related crime against them. Survivors of intimate partner violence were asked about the violence itself, their relationship with the perpetrator (including financial dependence on him), community supports, their expectations, and desires regarding the criminal legal response, and their prior experiences with the police, prosecutors, legal advocates, and the courts. Regression analyses were conducted to examine women's intentions to reuse the criminal legal system in the event of future violence. Consistent with an ecological perspective on behavior (e.g., Bronfenbrenner, 1979), the context of women's lives, the

violence they had experienced, and their experiences with the police and the legal system all impacted their intentions. Specifically, women were more likely to want further involvement with these systems if they were employed, felt supported by their communities, had received information about services from the police, had experienced case outcomes consistent with their desires, and had been treated well by the criminal legal system. Women were less inclined to intend to use the system in the future if they were legally or financially tied to their perpetrators, if they had been assaulted again before the court case was closed, if court proceedings had been cancelled at least once, and if they had been pressured rather than supported by the criminal legal system. Implications of the findings are discussed.

**Jutras, Sylvie; Lepage, Genevieve (2006). Parental perceptions of contributions of school and neighborhood to children's psychological wellness. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(3) May 2006, 305-325.**

This study examined parents' perceptions of how school and neighborhood contribute to the psychological wellness of their 6- to 12-year-old children. Content analysis of 260 interviews explored parents' perception and identified the key aspects of school and neighborhood. At school, two assets stood out: emotional support and a supportive learning milieu. Qualities that parents valued about the neighborhood included child-friendliness, environmental amenities, and the presence of cordial and supportive neighbors. Parents living in disadvantaged neighborhoods differed on many points in their perceptions from parents living in wealthier neighborhoods, reflecting disparities in the environments in which they live and raise their children.

**Nelson, Geoffrey; Ochocka, Joanna; Janzen, Rich; Trainor, John (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 1--Literature review and overview of the study. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(3) May 2006, 247-260.**

Mental health consumer-run organizations are alternatives to mainstream mental health services, and they have the dual focus of supporting members and creating systems change. The existing literature suggests that these organizations have beneficial impacts on social support, community integration, personal empowerment, subjective quality of life, symptom distress, utilization of hospitals, and employment/education. However, much of this research is cross-sectional or retrospective and has not used comparison groups, thus limiting conclusions about the effectiveness of these organizations in improving the lives of members. Although many consumer-run organizations also have a focus on social systems change, there

has been little research documenting either the nature of these activities or the system changes that result from such activities. We provide an overview of a longitudinal study of four mental health Consumer/Survivor Initiatives. The study examines both individual-level and systems-level activities and impacts by using both quantitative and qualitative methods with a participatory action research framework.

**Nelson, Geoffrey; Ochocka, Joanna; Janzen, Rich; Trainor, John (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 2--A quantitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(3) May 2006, 261-272.**

To evaluate the impacts of participation in mental health Consumer/ Survivor Initiatives (CSIs), we used a nonequivalent control group design to compare new, active participants in CSIs ( $n = 61$ ) with nonactive participants ( $n = 57$ ) at baseline, 9-month, and 18-month follow-up intervals. The two groups were comparable at baseline on a wide range of demographic variables, self-reported psychiatric diagnosis, service use, and outcome measures. At 9 months, there was a significant reduction in utilization of emergency room services for active participants, but not for nonactive participants. At 18 months, the active participants showed significant improvement in social support and quality of life (daily activities) and a significant reduction in days of psychiatric hospitalization, whereas the nonactive participants did not show significant changes on these outcomes. Also, active CSI participants were significantly more likely to maintain their involvement in employment (paid or volunteer) and/or education over the 18-month follow-up period when compared with those who were not active in CSIs. These results are discussed in the context of the self-help literature and their policy implications for people with mental illness.

**Ochocka, Joanna; Nelson, Geoffrey; Janzen, Rich; Trainor, John (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3--A qualitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(3) May 2006, 273-283.**

This article examines the outcomes of participation in mental health Consumer/Survivor Initiatives (CSIs) and identifies helpful qualities of CSIs through a longitudinal, qualitative study that involved in-depth interviews of people who experienced severe mental health challenges in Ontario, Canada. We used a nonequivalent control group design in which we compared active participants in CSIs ( $n = 15$ ) with nonactive participants ( $n = 12$ ) at baseline and at 9- and 18-month follow-up intervals. Compared with non-CSI participants, CSI participants reported more stable mental health,

enhanced social support, sustained work, stable income, and participation in education and training at 9- and 18-month interviews. The helpful qualities of CSIs that participants reported were (1) safe environments that provide a positive, welcoming place to go; (2) social arenas that provide opportunities to meet and talk with peers; (3) an alternative worldview that provides opportunities for members to participate and contribute; and (4) effective facilitators of community integration that provide opportunities to connect members to the community at large. The findings are discussed in terms of previous research in self-help and consumer-run organizations in mental health.

**Janzen, Rich; Nelson, Geoffrey; Trainor, John; Ochocka, Joanna (2006).** A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 4--Benefits beyond the self? A quantitative and qualitative study of system-level activities and impacts. *Journal of Community Psychology*. Vol 34(3) May 2006, 285-303.

The purpose of this article is to report on the system-level findings of a longitudinal study of four mental health consumer-run self-help organizations. Quantitative and qualitative data revealed that staff and members of the four Consumer/Survivor Initiatives (CSIs) participated actively in system-level activities, including community planning, public education, advocacy, and action research. The qualitative data revealed a number of perceived system-level outcomes related to these activities: (1) changes in perceptions (changed perceptions of the public and mental health professionals about mental health or mental illness, the lived experience of consumer/survivors, the legitimacy of their opinions, and the perceived value of CSIs) and (2) concrete changes (tangible changes in service delivery practice, service planning, public policy, or funding allocations). These findings are discussed in the context of previous work on system-level activities and impacts of consumer/survivor organizations.

## Journal of Community and Applied Social Psychology

**Mills, Elizabeth-Anne (2006).** From the Physical Self to the Social Body: Expressions and Effects of HIV-Related Stigma in South Africa. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(6) Nov-Dec 2006, 498-503.

This paper discusses some of the forms and consequences of HIV-related stigma in a community living in KTC, an informal settlement in South Africa, drawing on ethnographic research findings. The first section presents a dynamic form of stigma sign language that is used to label the HIV-positive 'other' in this community. The second section highlights some of the pernicious consequences of HIV-related stigma, including fear of disclosure and downward social mobility, and the way in which these prompt some HIV-positive people to avoid local clinics and treatment altogether, and drive others to mask or hide the fact that they are receiving medical treatment, such as antiretroviral drugs.

**Hartwig, Kari-A; Kissioki, Seelah; Hartwig, Charlotte-D. (2006).** Church Leaders Confront HIV/AIDS and Stigma: A Case Study from Tanzania. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(6) Nov-Dec 2006, 492-497.

HIV/AIDS stigma continues to be a major obstacle to prevention and care interventions in Sub-Saharan Africa. Faith-based organizations (FBOs) have been shown to both foster HIV stigma as well as mitigate it. The present case study with 15 male and female Tanzanian church leaders emerged from a participatory evaluation workshop to assess their HIV health promoting activities following a series of

HIV/AIDS and reproductive health training sessions. The workshop allowed participants to define root social causes of HIV underlying stigma and revealed the lack of a language to talk about stigma. Many participants in the discussions and focus groups had moved from positions of silence and condemnation to one of teaching about HIV/AIDS. Only 10 of the participants actively did some form of HIV education; they told how their own actions influenced their church membership's attitude towards HIV. However, others faced opposition from senior pastors. The case study suggests that narratives about HIV work within the church community create opportunities for reflection and compassion. We need further research on the role of different types of religious leaders in their institutions and the opportunities for diffusion and structural change.

**Farrimond, Hannah-R; Joffe, Helene (2006).** Pollution, Peril and Poverty: A British Study of the Stigmatization of Smokers. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(6) Nov-Dec 2006, 481-491.

This paper considers the symbolic, experiential and institutional basis of the Stigmatization of British smokers, particularly in the context of the higher rates of smoking in lower socio-economic status (SES) groups. Interviews based on a free association task were conducted with 40 smokers and non-smokers from higher and lower SES groups. Thematic analysis identified several areas of Stigmatization of British smokers by non-smokers: identifi-



cation of negative aesthetic 'marks' of smoking and of smokers as 'polluters' who harm others; the display of direct and indirect social disapproval; and the association of smokers with out-groups such as single mothers. Higher SES smokers tend to challenge the 'facts' on which this Stigmatization is based, whereas lower SES smokers internalize the stigmatized aspersions. Recent British Tobacco Control campaigns, which play on the negative aesthetic of the smoker and the 'peril' which they represent, may exacerbate Stigmatization. This may have de-motivating effects on lower SES smokers for reasons explored in the paper.

**Dodds, Catherine (2006). HIV-Related Stigma in England: Experiences of Gay Men and Heterosexual African Migrants Living with HIV. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(6) Nov-Dec 2006, 472-480.**

Focus group research was undertaken in three English cities among Gay and Bisexual men (British and non-British), heterosexual African women and heterosexual African men, all with diagnosed HIV. It was found that prevalent social discourses of homophobia, racism and xenophobia underpin individuals' experiences of HIV-related stigma. Members of marginalized communities themselves employ HIV-related stigma as a governance mechanism to exclude positive people from tightly woven networks of support.

**Cornish, Flora (2006). Challenging the Stigma of Sex Work in India: Material Context and Symbolic Change. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(6) Nov-Dec 2006, 462-471.**

Stigmatization and discrimination against social groups raise obstacles to the participation of their members in community interventions. Internalized stigma and a lack of empowering experiences promote fatalistic expectations that little can be achieved. This paper discusses how the Sonagachi Project in Kolkata, India, challenges stigma as part of its community development and health promotion efforts with sex workers, drawing on interviews with 19 sex workers involved in the Project and one group discussion among the Project's leaders. The internalized stigma of prostitution is challenged (1) by asserting that sex workers have rights which should be respected, (2) by claiming equivalence to other oppressed but politically successful groups and (3) by providing evidence of sex workers' positive achievements. These arguments are made plausible to sex workers by a material context that provides evidence and experience of the possibility of change. I conclude that interventions designed to problematize stigma and discrimination should back up the conceptual alternatives that they present by producing concrete changes to a community's living conditions.

**Bond, Virginia; Nyblade, Laura (2006). The Importance of Addressing the Unfolding TB-HIV Stigma in High HIV Prevalence Settings. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(6) Nov-Dec 2006, 452-461.**

In the context of high HIV prevalence, tuberculosis is proving hard to control, becoming an increasingly prevalent disease and forcing a more integrated public health approach to the dual epidemics. Yet this integrated approach often overlooks the implications of how intertwined TB and HIV have become in the social reality of people living in high HIV prevalence settings. In this context, TB, the most common and serious of HIV's opportunistic infections in Sub-Saharan Africa, has become progressively more stigmatised, and this paper argues, a new disease stigma has unfolded--namely TB-HIV stigma. Rooted partly in judgement, blame and shame; fears of TB transmission; and public health practice and policy, TB-HIV stigma has serious implications for TB outcomes and for management of HIV. The paper demonstrates the strength of the association between TB and HIV in urban and rural Zambia, how visible signs of TB become a trigger for TB-HIV stigma, and explores three key causes of this stigma that could be addressed by integrated TB-HIV services.

**Howarth, Caroline (2006). Race as Stigma: Positioning the Stigmatized as Agents, Not Objects. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(6) Nov-Dec 2006, 442-451.**

Using material from three qualitative studies into the social and psychological consequences of racism, this paper explores the insights gained from conceptualizing race as stigma. Not only does this shed light on the construction and contestation of racism in the lives of the research participants, the material presented raises important issues for a social psychology of stigma more generally. These include an assessment of the embodiment of stigma, the ideological construction of stigma within particular histories, the impact of stigma on identity and the ways in which we collectively contest and resist stigma. While acknowledging how stigma, particularly the stigma of race, acts to deny humanity, agency and liberty, I illustrate how stigma is collectively constructed, institutionalized and resisted in social and political relations. I conclude that a crucial part of the psychology of stigma must be a focus on the possibilities for communities to contest and transform representations and practices that stigmatize; that is, we need to explore the possibilities and conditions for stigmatized communities as agents and not (only) as objects or victims of stigma.

**de-Graft-Aikins, Ama (2006). Refraining Applied Disease Stigma Research: A Multilevel**

**Analysis of Diabetes Stigma in Ghana.** *Journal of Community and Applied Social Psychology. Vol 16(6) Nov-Dec 2006, 426-441.*

Research suggests that rural and urban Ghanaians living with uncontrolled diabetes--typified by extreme weight loss--experience HIV/AIDS-related stigma. This paper reports a multilevel analysis of this stigma within the broader context of diabetes handicap in two rural communities. Two key findings emerge. First, the content of stigma constitutes social representations of HIV/AIDS, and to internalized and projected collective attributions of protracted illness to witchcraft or sorcery. Thus the stigma experienced by people with uncontrolled diabetes is not specific to the disease category 'diabetes' and distant others affected by it. Second, extreme biophysical disruption, which precipitates misperceptions, stigma and/or discrimination, is both cause and consequence of financial destitution and psychosocial neglect. Both forms of handicap have deeper pre-stigma roots in poverty and the socio-psychological and cultural impact of long-term illness. Thus the actuality or threat of diabetes stigma has to be understood in terms of diabetes handicap, which in turn has to be understood as a product of shared responses to long-term illness in communities constantly negotiating financial, health and psychological insecurities. The scope for multifaceted/multilevel intervention is considered taking into account the biophysical and psychological impact of illness and the socio-psychological and structural realities of diabetes care in Ghana.

**Deacon, Harriet (2006). Towards a Sustainable Theory of Health-Related Stigma: Lessons from the HIV/AIDS Literature.** *Journal of Community and Applied Social Psychology. Vol 16(6) Nov-Dec 2006, 418-425.*

Stigma has been identified as a major barrier to health care and quality of life in illness management. But unfortunately there is no common theoretical perspective on stigma. We need a sustainable theory of health-related stigma. This would start with a coherent definition of stigma that brings together both individual and social dimensions of this complex phenomenon. It would reassess the existence of 'types' of stigma and explain how stigma relates to disadvantage. A sustainable theory would help researchers to move from theory into practice: to develop a comprehensive measurement tool for stigma and related disadvantage, and inform design, monitoring and evaluation of anti-stigma interventions. This paper draws on two recent literature reviews on HIV/AIDS stigma to introduce several key issues in developing a sustainable theory of stigma. We suggest limiting the definition of stigma to the process of othering, blaming and shaming (often called symbolic stigma). We argue that there is value in analytically separating stigma from discrimination in order to

better understand the relationship between them. We also suggest the need to understand discrimination caused by stigma as only one element of stigma-related disadvantage.

**Campbell, Catherine; Deacon, Harriet (2006). Unravelling the Contexts of Stigma: From Internalisation to Resistance to Change.** *Journal of Community and Applied Social Psychology. Vol 16(6) Nov-Dec 2006, 411-417.*

This special edition on 'Understanding and Challenging Stigma' seeks to further our understandings of the types of representations and practices through which stigma is perpetuated, the social contexts within which they are produced and reproduced, and the possibilities for agency, resistance and intervention. In this introductory piece, we outline three broad approaches to stigma in the existing literature--individual, macro-social and multi-level. Aligning ourselves with the latter, we discuss how social effects become sedimented in the individual psyche in ways that often make it difficult for stigmatised group members to resist their devalued social status. This insight frames our discussion of the papers in this volume--which cover various types of stigma, drawing on research in six countries. We focus on the ways in which the papers contribute to our understandings of (i) the material, political, institutional and symbolic contexts of stigma; (ii) the possibility of resistance to stigma; and (iii) the types of interventions most likely to facilitate such resistance. We conclude that the fields of social and community psychology have a central role to play in advancing the types of understandings that are so urgently needed to inform effective multi-level stigma-reduction interventions.

**(2006) Journal of Community and Applied Social Psychology Call for Papers for a Special Issue on: Psychoanalysis and Social Psychology: Historical Connections and Contemporary Applications.** *Journal of Community and Applied Social Psychology. Vol 16(4) Jul-Aug 2006*

Presents a call for papers for "Journal of Community & Applied Social Psychology." This special issue focuses on how researchers drew on psychoanalysis and what the consequences are for present-day developments in social psychology.

**Burchell, Brendan (2006). The Social Costs of Underemployment: Inadequate Employment as Disguised Unemployment.** *Journal of Community and Applied Social Psychology. Vol 16(4) Jul-Aug 2006, 334-336.*

Reviews the book, *The Social Costs of Underemployment: Inadequate Employment as Disguised Unemployment* by D. Dooley and J.-A. Prause (see record 2004-00082-000). This monograph uses a panel data to assess a number of effects of non-standard employment on the well-being of this

large representative sample of who were born in the year 1957-1964 and were interviewed annually from 1979 to 1994. The book starts with two chapters giving an overview of the literatures on the social costs of employment and the changes in the US labor market. It is clearly written and well laid out. It ought to be read by advanced-level undergraduates interested in employment, unemployment and health, as well as graduate students and the research community. I do not have many criticisms of the book, but perhaps its only disappointment for me was that the policy implications were limited. They suggest, uncontroversially, ways in which appropriately targeted welfare services might ameliorate some of the worst excesses of the social costs of the US labor market. Community Psychologists would expect that challenges to systems that perpetuate inequality to be more radical than simply proposing psychological coping mechanisms.

**Harding, Leonora (2006). The Organisation of Attachment Relationships. Maturation, Culture and Context. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(4) Jul-Aug 2006, 332-334.**

Reviews the book, *The Organisation of Attachment Relationships. Maturation, Culture and Context* by P. M. Crittenden and A. H. Claussen (Eds.) (see record 2000-03513-000). The editors of this book recognise that there is worldwide acceptance of Attachment Theory and the Ainsworth/Main methods of assessing attachment relationships. The book divides into three sections; Part One, labelled Maternal Sensitivity which seems to address research in different cultures, Part Two, Context which addresses the children brought up in institutions and other situations and Part Three, Maturation. Each part includes chapters by different authors. Part One draws together five papers from authors researching in different countries, West Germany, East Germany and Russia, Sweden, Italy and Egypt. Part Two concentrates on attachment patterns in children who have had different and often stressful environments. Part Three includes four chapters which reflect the continuity of attachment across the life-span and two theoretical chapters by the editor. The final two chapters of the book really stand apart from the rest although they are included in Part Three. These are theoretical chapters which reflect Patricia Crittenden's own viewpoint firstly in relation to the continuity issues and the impact of stressful environments and secondly the cross-cultural and diversity issues.

**Muldoon, Kevin (2006). Developmental Psychology and Social Change: Research, History, and Policy. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(4) Jul-Aug 2006, 331-332.**

Reviews the book, *Developmental Psychology and Social Change: Research, History, and Policy* by D. B. Pillemer and S. H. White (Eds.) (see record 2005-07669-000). This book begins by asking a fundamentally important question: What is the mission of developmental psychology? To that end, the various chapters provide timely and interesting contributions to our knowledge of where the discipline originated, how it came to be a crucial factor in our understanding of how children develop, and why it remains a vital force in the evolution of policy making in the areas of childcare, education and health. Appropriately, the papers contained in this book also look to the importance of developmental psychology in the future. This book will be of great interest to those who study and care for children. That said, the wealth of social history might not appeal to everyone. Occasionally, it is hard to find the developmental psychology that the reader is likely to expect given the book's title.

**Shelton, Nikki; Johnson, Sally (2006). 'I Think Motherhood for me was a bit Like a Double-Edged Sword': The Narratives of Older Mothers. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(4) Jul-Aug 2006, 316-330.**

It is assumed in Western society that women want to become mothers. This desire is situated within the ideology of the perfect mother. However, feminists have highlighted contradictions between this ideology and the reality of mothering. A trend towards later motherhood has recently been identified. Delayed motherhood has been associated with a number of advantages such as a sense of psychological readiness, however this may mask some of its negative aspects. The aim of the study reported here was to explore the transition to, and lived experience of, delayed motherhood. Five women who were over 30 prior to the birth of their first child were interviewed. A narrative analysis at the personal, interpersonal and societal levels was conducted. At the personal level, diverse stories which contained both problems in adapting to motherhood and also progressive aspects of positive experiences and integration of maternal identities were told. At the interpersonal level, the prominence of the double-edged tone conveyed maternal ambivalence. At the societal level, dominant ideologies of the good mother and normative development were identified. Though the women actively constructed their stories and attempted to resist dominant representations, this analysis emphasises the need for more realistic portrayals of delayed motherhood.

**Cornish, Flora (2006). Empowerment to Participate: A Case Study of Participation by Indian Sex Workers in HIV Prevention. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(4) Jul-Aug 2006, 301-315.**

The popularity of 'participation' and 'empowerment' in international development discourse is not matched by sophisticated conceptualisation of these terms. Critics have argued that their vagueness allows 'participation' and 'empowerment' to be used indiscriminately to describe interventions which vary from tokenism to genuine devolving of power to the community. This paper suggests that conceptualising empowerment and participation simply in terms of a scale of 'more or less' participation or 'more or less' empowerment does not capture the qualitatively different forms of empowerment that are necessary for different activities. Instead, the paper conceptualises participation in terms of concrete domains of action in which people may be empowered to take part. An ethnographic case study of a participatory HIV prevention project run by sex workers in Kolkata illustrates the argument. Four domains of activity in which sex workers may participate are distinguished: (1) participating in accessing project services; (2) participating in providing project services; (3) participating in shaping project workers' activity; (4) participating in defining project goals. To be empowered to participate in each domain depends upon a different set of resources. Asking the question 'empowerment to do what?' of health promotion projects is proposed as a way of facilitating appropriate project design.

**Foster, Juliet-L.-H. (2006). Media Presentation of the Mental Health Bill and Representations of Mental Health Problems. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(4) Jul-Aug 2006, 285-300.**

This paper discusses the findings of a study that examined the way in which the Mental Health Bill of June 2002 was presented in the British national and local media over a 3-year period. A Lexis Nexis search yielded 256 articles, which were then analysed qualitatively and quantitatively. Overall, and perhaps contrary to what might have been expected given previous studies' conclusions regarding the media's negative portrayal of mental ill health, most articles tended to present a negative view of the Bill as unnecessarily repressive, and consequently were more sympathetic towards mental health service clients, although this was not the case for tabloid articles. However, this paper then considers the more implicit representations found within the articles. It focuses particularly on the continued linking of mental ill health and violence, and also on the way in which the mental health service user might be portrayed as passive and rather pitiful as an alternative to violent and dangerous. It is suggested that the continued use of such images may stem from the fact that mental health problems have long been constructed as Other, and are therefore deeply engrained in our society. The implications of this for anti-stigma campaigns are briefly discussed.

**Jasinskaja-Lahti, Inga; Liebkind, Karmela; Perhoniemi, Riku (2006). Perceived Discrimination and Well-Being: A Victim Study of Different Immigrant Groups. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(4) Jul-Aug 2006, 267-284.**

In this study, we compared perceived discrimination and its influence on psychological stress symptoms, and general health status in a nation-wide probability sample of immigrants in Finland (N = 3595, 42% males, 58% females). The study represents an expansion of a previous work (Liebkind, K., & Jasinskaja-Lahti, I. (2000a). *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 10, 1-16) by drawing on a representative sample of the adult immigrant population (age group 18-65), and by assessing not only perceived ethnic discrimination but also experiences of racist crimes. The results obtained regarding group differences in perceived discrimination were consistent with previous studies, with results from attitude surveys indicating the hierarchy among the host population regarding preferred immigrant groups, and with our predictions based on the length of residence, cultural distance and visibility of the different immigrant groups studied. Perceived racism and discrimination, especially everyday racism, was highly predictive of the psychological well-being and general health status of the immigrants. The differences between grouping are discussed in the light of additional factors potentially mediating and moderating the effects of perceived discrimination on well-being and general health.

**Castro, Paula (2006). Applying Social Psychology to the Study of Environmental Concern and Environmental Worldviews: Contributions from the Social Representations Approach. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(4) Jul-Aug 2006, 247-266.**

Recently some social psychological approaches have intensified their contributions to research in the environmental domain, helping it to focus more consistently on the shared aspects of all environment related experiences. The goal of this paper is that of joining these efforts, exploring the contributions of the social representations approach to research on environmental concern and environmental thought, as another area for applying social psychological knowledge. The paper first sketches how the environmental concern of the public emerged in the 70s as a problem for the social sciences and proceeds to summarizing the main characteristics of this research, focusing on three problematic areas: (1) incipient theoretical integration among the frameworks dominating research; (2) insufficient reflection about the assumptions and measurement of the concepts employed; (3) a need for new research questions that push studies beyond

the analysis of the socio-demographical correlates of beliefs. Afterwards a presentation of social representations theory will be undertaken and the usefulness of the approach to deal with some aspects of the problematic areas identified will be explored, with examples from recent research, and highlighting the importance of focusing on contradiction, polyphasia, and the articulation of the local and the global.

**Bain, Andy (2006). Knowledge & the probation service. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(2) Mar-Apr 2006, 167-169.**

Reviews the book, Knowledge & The Probation Service by P. Whitehead and J. Thompson (2004). The authors have set out to address the widening gap that seems to exist between the knowledge of a trainee and the actual practice of the probation officer. There is good use of the opening chapter, providing an interesting discussion of the history and development of the service. This is supported and supports subsequent chapters, using the basis of knowledge provided by this first chapter in an effort to build a picture of the probation officer in practice. Overall this is an interesting read and considers a number of important points for debate. There is a point up to which the book can be said to address the needs of new trainees effectively; although, there is room for a greater exploration of a

number of areas. The book can be used to remind more senior members of staff of not only their position but also that of others around them, including the importance of outside agencies and the work that they conduct in support of the probation officers role. Appendices provide a quick crib to many issues and debates important in the field of criminal justice and criminological debate.

**Bull, Peter (2006). Detecting lies and deceit: The psychology of lying and the implications for professional practice. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. Vol 16(2) Mar-Apr 2006, 166-167.**

Reviews the book, Detecting Lies and Deceit: The Psychology of Lying and the Implications for Professional Practice by Aldert Vrij (2000). It is a clearly written and well organized review of the scientific literature on detecting deception. In the introductory chapter, author discusses the social psychology of lying. The book is then divided into three main sections: on non-verbal behavior, on speech and on the professional detection of deception. I have two main reservations about this book. Dividing it into discrete sections on non-verbal behavior and speech embodies a dated dichotomy, which contemporary researchers on interpersonal communication have become increasingly eager to jettison. My second reservation is that the focus on deception is rather narrow.

## Journal of Health Psychology

**Dignon, Andree; Beardsmore, Angela; Spain, Sean; Kuan, Ann (2006). 'Why I Won't Eat': Patient Testimony from 15 Anorexics Concerning the Causes of Their Disorder. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(6) Dec 2006, 942-956.**

The following article describes the reasons given by 15 anorexic patients for their illness. The patients were asked the following question in an open-ended interview--'What would you say were the causes of your illness?' In reply detailed complex narratives were gathered from which a number of themes could be identified. These included unhappiness, control, being in a downward spiral, obsession and perfectionism. Most patients, for example explained that they were unhappy. To address their unhappiness, they adopted a strategy of control over food. Being able to exert this control gave patients a sense of enjoyment and pride and enabled them to address their underlying fear that a loss of control may be just around the corner. This pride persuaded patients to restrict further their food in the hope they would experience even greater enjoyment. Patients were thus caught in a dangerous 'spiral' of restriction, weight loss, euphoria and further food refusal. This spiralling behaviour resulted in many

patients describing their illness as an obsession. Several patients equated this obsessional behaviour with a perfectionist trait in their personalities. In the following article, these themes of unhappiness, control, spiral, obsession and perfectionism, are presented, along with the patient testimony on which each theme was based.

**Boersma, Sandra-N; Maes, Stan; Joekes, Katherine; Dusseldorp, Elise (2006). Goal Processes in Relation to Goal Attainment: Predicting Health-related Quality of Life in Myocardial Infarction Patients. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(6) Dec 2006, 927-941.**

Goal theory suggests that both goal attainment and psychological processes concerning goal pursuit can influence a patient's (health-related) quality of life (HRQL) (e.g. Carver & Scheier, 1999). In the present longitudinal study, 46 MI patients completed questionnaires shortly after hospitalization and four months later, assessing a health, social and individual goal for the coming year, goal conflict, goal self-efficacy, goal attainment and HRQL. The results of a multiple regression analysis suggest that both goal conflict and goal self-efficacy predict

## Abstracts

goal attainment. Furthermore, goal self-efficacy appeared to be an independent predictor of physical and social HRQL. Goal attainment had a medium effect on social HRQL, but its effect was mediated by goal conflict and goal self-efficacy. A goal theory perspective seems to offer additional insights into HRQL after an MI.

**Myers, Lynn-B; Horn, Sandra-A. (2006). Adherence to Chest Physiotherapy in Adults with Cystic Fibrosis. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(6) Dec 2006, 915-926.**

Chest physiotherapy (CP) is seen as a cornerstone of Cystic Fibrosis (CF) treatment. However, previous studies have suggested that adherence to CP is low. This study of adults with CF (N = 563) investigated CP adherence and associated factors. Only 29.5 per cent reported undertaking daily CP. Predictors of adherence included problems with fitting CP into lifestyle, a perception that CP does not help, physical consequences of CP, doing exercises instead and doing CP as and when necessary. These variables accounted for 45 per cent of the variance in adherence. Content analysis revealed a number of themes related to adherence to CP. Future studies should explore the benefits of daily CP and attempt to devise simple interventions to maximize adherence to CP.

**Shields, Christopher-A; Brawley, Lawrence-R. (2006). Preferring Proxy-agency: Impact on Self-efficacy for Exercise. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(6) Dec 2006, 904-914.**

We examined: (a) the social-cognitions of those who differ in preferred level of proxy-assistance in both proxy-led and independent exercise contexts; and (b) the relationships between proxy-agency and reliance. Sixty-five fitness class participants completed measures of self-regulatory efficacy, task self-efficacy, exercise intentions, proxy-efficacy and perceived reliance. A 2 (exercise context) by 2 (preferred assistance) MANOVA revealed significant main effects for assistance and context. Also, significant assistance by context interactions was found for both efficacies. When facing exercise without a proxy, individuals preferring high proxy assistance expressed lower self-regulatory and task self-efficacy. Finally, proxy- and self-regulatory efficacy were shown to be separate predictors of reliance on a proxy. Results support Bandura's theorizing about the proxy-led context and its influence on self-regulatory efficacy.

**Edmunds, Jemma; Ntoumanis, Nikos; Duda, Joan-L. (2006). Examining Exercise Dependence Symptomatology from a Self-determination Perspective. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(6) Dec 2006, 887-903.**

Background: Pulling from Self-Determination Theory (SDT; Deci & Ryan, 1985), this study exam-

ined whether individuals classified as 'nondependent-symptomatic' and 'nondependent-asymptomatic' for exercise dependence differed in terms of reported levels of exercise-related psychological need satisfaction, self-determined versus controlling motivation and exercise behavior. In addition, we examined the type of motivational regulations predicting exercise behavior among these different groups, and their role as mediators between psychological need satisfaction and behavioral outcomes. Methods: Participants (N = 339) completed measures of exercise-specific psychological need satisfaction, motivational regulations, exercise behavior and exercise dependence. Results: Nondependent-symptomatic individuals reported higher levels of competence need satisfaction and all forms of motivational regulation, compared to nondependent-asymptomatic individuals. Introjected regulation approached significance as a positive predictor of strenuous exercise behavior for symptomatic individuals. Identified regulation was a positive predictor of strenuous exercise, and completely mediated the relationship between competence need satisfaction and strenuous exercise behavior, for asymptomatic individuals. Conclusions: The findings reinforce the applicability of SDT to understanding the quantity and quality of engagement in exercise.

**Wearden, Alison; Perryman, Katherine; Ward, Victoria (2006). Adult Attachment, Reassurance Seeking and Hypochondriacal Concerns in College Students. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(6) Dec 2006, 877-886.**

An individual's attachment style can be conceptualized as a working model for interactions with others, developed as result of experiences with childhood caregivers. People with hypochondriacal tendencies are preoccupied with thoughts of having an illness and constantly seek medical reassurance. We hypothesized that students with preoccupied attachment would score highly on a measure of hypochondriasis and investigated whether the association would be explained by the general tendency to seek reassurance in relationships. A total of 117 undergraduate students completed questionnaires measuring attachment style; negative affectivity; reassurance seeking in relationships and hypochondriasis. Participants with preoccupied attachment style (n = 17, 15%) had significantly higher hypochondriasis scores than those with other attachment styles. Hierarchical multiple regression analysis suggested that the association between the preoccupied attachment style and hypochondriasis was explained by the general tendency to seek reassurance in relationships, with negative affectivity, a dispositional variable, also acting as a significant predictor of hypochondriasis.

**Kafetsios, Konstantinos; Sideridis, Georgios-D. (2006). Attachment, Social Support and Well-being in Young and Older Adults. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(6) Dec 2006, 863-876.**

The present study examined the link between attachment, social support and well-being in young and older adults. The results from multi-group path analyses showed significant between-group differences in the links between attachment, perceived support and well-being. Anxious attachment and well-being were inversely associated and this was stronger for the younger group than it was for the older group. Avoidant attachment was negatively related to perceived support satisfaction in the older age group only, and perceived support mediated the effects of avoidant attachment on mental health and loneliness in the older group. Generally, perceived satisfaction with support was more strongly related with well-being in older adults. The results point to differential links of insecure attachment styles with perceived support in different life-stages and to related cognitive, emotional and social processes.

**Hart, Kenneth-E; Wilson, Tobi-L; Hittner, James-B. (2006). A Psychosocial Resilience Model to Account for Medical Well-being in Relation to Sense of Coherence. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(6) Dec 2006, 857-862.**

We tested the suggestion that Sense of Coherence (SOC) may enhance medical well-being by virtue of a favorably balanced profile of psychosocial assets relative to liabilities. Results derived from a sample of 81 young adults who responded to a battery of inventories supported the Psychosocial Resilience Model. Our findings provide preliminary evidence to suggest that a favorable balance between psychosocial 'protective' and 'risk' factors may, in part, help explain why people with a strong SOC enjoy high levels of medical well-being.

**Grogan, Sarah; Shepherd, Sarah; Evans, Ruth; Wright, Sam; Hunter, Geoff (2006). Experiences of Anabolic Steroid Use: In-depth Interviews with Men and Women Body Builders. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(6) Dec 2006, 845-856.**

This study was designed to investigate anabolic steroid users' experiences of, and motivations for, use. Five men and six women users took part in in-depth interviews. Four themes emerged: Steroid Use vs Abuse; Side-effects; Trusted Information Sources; and Social Pressure. Many users believed that steroids used in moderation were safe. Serious side-effects (liver and kidney damage, hypertension) were not significant disincentives. Information from health professionals tended to be mistrusted because it was not based on first-hand experience of use. Social support, especially from within the body building community, was an important motivator. It is concluded that intervention

programmes need the support of the body building community in order to be effective.

**Heywood, Susan; McCabe, Marita-P. (2006). Negative Affect as a Mediator between Body Dissatisfaction and Extreme Weight Loss and Muscle Gain Behaviors. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(6) Dec 2006, 833-844.**

Negative affect has been found to mediate the relationship between body dissatisfaction and bulimia. However, it is unknown if this relationship also applies to disordered eating, excessive exercise and strategies to increase muscle for men or women. The aim of this study was to investigate whether negative and positive affect mediate the relationship between body dissatisfaction, and these body change strategies. Respondents were 93 men and 97 women (age range: 18-25 years), who completed measures of body dissatisfaction, positive and negative affect and body change strategies to lose weight or increase muscles. Body dissatisfaction was associated with strategies to lose weight, dietary restraint and bulimia for both genders. Negative affect mediated the relationship between dissatisfaction with muscles and strategies to lose weight, dietary restraint and bulimia for women only. The results confirm previous findings related to the association between negative affect and disordered eating for women. They also demonstrate the need to further investigate the impact of negative affect on body change strategies, particularly among men, and those strategies related to increasing muscles.

**Piko, Bettina-F. (2006). Satisfaction with Life, Psychosocial Health and Materialism among Hungarian Youth. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(6) Dec 2006, 827-831.**

Previous research suggests that youth's life satisfaction may be influenced by health and certain socio-economic/sociocultural factors, which may be important in a post-socialist country like Hungary. We investigated the relationship between youth's life satisfaction, materialism and their psychosocial health in a sample of secondary school students (N = 1,114) in Hungary. Findings show that youth's psychosocial health may play an important role in their levels of life satisfaction, particularly depressive and psychosomatic symptoms and health behaviors (e.g. diet control and smoking). SES self-assessment and materialistic success were positively, while materialistic happiness was negatively related to youth's life satisfaction.

**Stephens, Christine (2006). Health Promotion: Evidence and Experience. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(5) Sep 2006, 821-823.**

Reviews the book, Health Promotion: Evidence and Experience by Kevin Lucas and Barbara Lloyd (2005), stating that the book is welcome evidence that health psychologists are joining the search for a

more integrated understanding of the complexity of a population approach to health promotion. It provides those engaged in health promotion with suggestions for a more holistic understanding of health that takes into account ordinary people's experience. The authors suggest that a focus on health related behavior as located inextricably in society, and a broader view of quality of life as outcome, rather than the present narrow focus on illness and mortality, would be beneficial. The second issue is that the book offers very little useful suggestion for how to proceed. The book's critique is not well explained and much of the book is given over to explaining traditional approaches in a great deal of detail, followed by rather unfocussed critique. Health promoters as practitioners are not wedded to social cognitive models as suggested in this book. The field certainly draws on a range of theorizing and there is confusion about what constitutes evidence and theory as these authors suggest.

**Panagopoulou, Efharis; Maes, Stan; Rime, Bernard; Montgomery, Anthony (2006). Social Sharing of Emotion in Anticipation of Cardiac Surgery: Effects on Preoperative Distress. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(5) Sep 2006, 809-820.**

This study examined associations between social sharing of emotions, social support and preoperative psychological distress. Social sharing was operationalized in terms of quantity and quality. Quantity of social sharing was measured daily using a diary method. Quality of social sharing was measured with the Quality of Sharing Inventory. Participants were 157 hospitalized Greek patients. Hierarchical regression analysis showed that controlling for distress on admission, quality of social sharing was negatively related to distress one day before surgery ( $p < .01$ ). No effects were found for quantity of social sharing. Results emphasize the importance of studying qualitative aspects of emotional disclosure.

**Meyrick, Jane (2006). What is Good Qualitative Research? A First Step towards a Comprehensive Approach to Judging Rigour/Quality. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(5) Sep 2006, 799-808.**

Qualitative research has an enormous amount to contribute to the fields of health, medicine and public health but readers and reviewers from these fields have little understanding of how to judge its quality. Work to date accurately reflects the complexity of the theoretical debate required but may not meet the needs of practitioners attempting to apply qualitative work in reviews of evidence. This article describes a simple, practitioner-focused framework for assessing the rigour of qualitative research that attempts to be inclusive of a range of epistemological and ontological standpoints. An

extensive review of the literature, contributions from expert groups and practitioners themselves lead to the generation of two core principles of quality: transparency and systematicity, elaborated to summarize the range of techniques commonly used, mirroring the flow of the research process. The complexities discovered are only summarized here. Finally, outstanding issues such as 'how much transparency is enough?', are flagged up.

**Malm, Dan; Hallberg, Lillemor-R.-M. (2006). Patients' Experiences of Daily Living with a Pacemaker: A Grounded Theory Study. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(5) Sep 2006, 787-798.**

The purpose of this study was to examine patients' experiences of daily living with a pacemaker. A total of 13 pacemaker patients (seven women) aged 22-82 (mean = 59.2) years were interviewed. The informants had had a pacemaker from 0.5 to 33 (mean 13.1) years. The grounded theory method was the basis for collection and analysis of the data. The results of the analysis of the semi-structured interviews showed that variations in 'perceived social participation' and 'emotional state', the two core categories, were related to four qualitatively different ways of experiencing daily living after pacemaker implantation.

**Bellizzi, Keith-M; Blank, Thomas-O; Oakes, Claudia-E. (2006). Social Comparison Processes in Autobiographies of Adult Cancer Survivors. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(5) Sep 2006, 777-786.**

Cancer survivors often compare their situations to other survivors' situations. However, types of social comparison processes used and resulting outcomes are not clearly delineated. This study explores usage and consequences of three social comparison styles (downward, upward and parallel) of adult cancer survivors in free narratives, using content analysis of 30 autobiographical books by survivors ranging in age from 30-70 ( $M = 54$ ,  $SD = 10.04$ ); 43 percent prostate cancer, 17 percent breast cancer and 40 percent other cancers. Overall, cancer survivors used more parallel comparisons than directional comparisons, followed by upward comparisons. Each type of comparison was associated with different kinds of positive and negative consequences.

**Collie, Kate; Bottorff, Joan-L; Long, Bonita-C. (2006). A Narrative View of Art Therapy and Art Making by Women with Breast Cancer. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(5) Sep 2006, 761-775.**

Art therapy (with an art therapist) and art making (without an art therapist) show promise as avenues for psychosocial support for women with breast cancer. The purpose of this study was to gain an in-



depth understanding of how 17 women with breast cancer in Canada and the USA used art therapy and their own art making to address their psychosocial needs, focusing particularly on meaning making. Narrative analysis of interviews yielded four storylines: Art and Art Therapy as a Haven; Getting a Clearer View; Clearing the Way Emotionally; and Enhancing and Enlivening the Self. The storylines show existence being affirmed, confirmed and proclaimed through visual artistic expression and meaning making being achieved through physical acts of making.

**Pearce, Michelle-J; Singer, Jerome-L; Priger-son, Holly-G. (2006). Religious Coping among Caregivers of Terminally Ill Cancer Patients: Main Effects and Psychosocial Mediators. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(5) Sep 2006, 743-759.**

This study investigated the association between religious coping, mental health and the caring experience, as well as potential explanatory mechanisms, among 162 informal caregivers of terminally ill cancer patients. Regression analyses indicated that, controlling for socio-demographic variables, more use of positive religious coping strategies was associated with more burden, yet, also more satisfaction. In contrast, more use of negative religious coping strategies was related to more burden, poorer quality of life and less satisfaction, and correlated with an increased likelihood of Major Depressive Disorder and anxiety disorders. In a number of models, negative religious coping was related to outcomes through its relationship with social support, optimism and self-efficacy. Implications for research and healthcare are discussed.

**Hyland, Michael-E; Sodergren, Samantha-C; Lewith, George-T. (2006). Chronic Fatigue Syndrome: The Role of Positivity to Illness in Chronic Fatigue Syndrome Patients. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(5) Sep 2006, 731-741.**

Fifty-three chronic fatigue syndrome patients treated at a complementary medical centre were assessed over 12 months. Measures included the Chalder Fatigue scale, the General Health Questionnaire (GHQ) and positivity in illness (Silver Lining Questionnaire, SLQ). The SLQ measured at 6 and 9 months predicted ( $p < .01$ ) mental (but not physical) fatigue at 12 months independently of current mental fatigue, initial mental fatigue, duration since diagnosis and time between start of treatment and entry to the study. The GHQ did not predict fatigue at any time point. The results suggest that a caring therapeutic intervention increases positive interpretations of illness prior to improvements in mental fatigue, but that positivity does not play a causal role in the reduction of fatigue.

**Gore-Felton, Cheryl; Koopman, Cheryl; Spiegel, David; Vosvick, Mark; Brondino, Michael; Winningham, April (2006). Effects of Quality of Life and Coping on Depression among Adults Living with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(5) Sep 2006, 711-729.**

This prospective study examined the effect of maladaptive coping strategies and psychological quality of life (QOL) on depression at two time points in a diverse sample of persons living with HIV/AIDS ( $N = 85$ ). The use of maladaptive coping strategies to deal with the stress of living with HIV/AIDS, particularly engaging in various kinds of avoidant behaviors, was significantly associated with greater depression at baseline and increased depression at three months. QOL was the single most important predictor of depression. In an effort to develop effective clinical methods aimed at decreasing depression among adults living with HIV, future studies need to focus on improving quality of life and increasing adaptive coping strategies associated with the stress of living with HIV/AIDS.

**Tucker, Joan-S; Wenzel, Suzanne-L; Elliott, Marc-N; Hambarsoomian, Katrin (2006). Predictors of Unprotected Sex with Non-cohabitating Primary Partners among Sheltered and Low-income Housed Women in Los Angeles County. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(5) Sep 2006, 697-710.**

This study investigated associations of substance use, relationship abuse and HIV self-protective behavior with unprotected sex among 290 impoverished women with a non-cohabitating primary partner. Unprotected sex was associated with having a physically or psychologically abusive partner among low-income housed women, and having an abusive partner who also drank to intoxication among women living in shelters. Indicators of HIV self-protective behavior were associated with less frequent unprotected sex among sheltered women, even after accounting for abuse and substance use within the relationship. Results suggest the need for HIV-prevention interventions to address the problems of partner substance use and relationship abuse.

**de-Visser, Richard; Smith, Jonathan-A. (2006). Mister In-between: A Case Study of Masculine Identity and Health-related Behaviour. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(5) Sep 2006, 685-695.**

The study of young men's health-related behaviour offers an opportunity to examine the links between masculine identity and social behaviour. This article presents a case study of a 19-year-old man living in London, who describes himself as different to his peers on several important dimensions, including his engagement in health-related behaviours. The case study demonstrates the importance

of health-related social behaviours such as drinking, drug use, physical activity, sport and sexual behaviour in the construction of a masculine identity. This case study also reveals that the way in which men position themselves in relation to different discourses of masculinity can have important implications not only for their masculine identities, but also for their health-related behaviour.

**Stenner, Paul-H.-D; Bianchi, Gabriel; Popper, Miroslav; Supekova, Marianna; Luksik, Ivan; Pujol, Joan (2006). Constructions of Sexual Relationships: A Study of the Views of Young people in Catalonia, England and Slovakia and their Health Implications. *Journal of Health Psychology. Vol 11(5) Sep 2006, 669-684.***

Q methodology was applied to investigate the views of young people from Catalonia, England and Slovakia regarding sexual relationships and their health implications. The Q sorts of 188 16-18-year-olds from these three diverse European regions were reduced by Q factor analysis to six clear accounts. These accounts are presented in relation to three emergent themes: (a) traditionalism/liberalism; (b) locus of responsibility; and (c) the relationship between sex and love, and these discursive themes are discussed in relation to health-salient criteria such as awareness of sex-related risk and corresponding implications for conduct.

**Soetens, Barbara; Braet, Caroline; Dejonckheere, Peter; Roets, Arne (2006). 'When Suppression Backfires': The Ironic Effects of Suppressing Eating-related Thoughts. *Journal of Health Psychology. Vol 11(5) Sep 2006, 655-668.***

Based on Wegner's Ironic Processing Theory, this study examines the effects of suppressing eating-related thoughts in a sample of 77 female students. A distinction was made between disinhibited restrainers (high dietary restraint/high disinhibition), inhibited restrainers (high dietary restraint/low disinhibition) and low restrainers. Results indicate that disinhibited restrainers used thought suppression more often and were the only group to show a rebound effect for eating-related thoughts after suppression. No effects of suppression on willingness and desire to eat emerged. Hence, thought suppression may be counterproductive at least for a subgroup of restrainers and may fuel eating-related preoccupations. More research is required to evaluate effects on eating behaviour.

**Goodwin, Renee-D; Friedman, Howard-S. (2006). Health Status and the Five-factor Personality Traits in a Nationally Representative Sample. *Journal of Health Psychology. Vol 11(5) Sep 2006, 643-654.***

The authors' objective was to determine the association between the 'big-five' personality traits and

mental and physical disorders among adults in the United States. The Midlife Development in the United States Survey, a nationally representative sample of 3032 adults ages 25-74, was used to determine the association between the five-factor traits of personality and common mental and physical disorders. Findings are consistent with and extend previous results showing that conscientiousness is associated with significantly reduced likelihood of a wide range of mental and physical disorders among adults in the general population, and inversely that neuroticism is associated with increased rates. Among adults with physical illnesses, associations were found between personality and likelihood of physical limitations, especially conscientiousness. These findings provide a framework upon which research on complex causal processes may proceed. Thus future research attention might profitably be directed to conscientiousness-relevant processes, such as adherence to health and treatment recommendations and internalization of healthy societal norms for sensible health-related behavior.

**Danoff-Burg, Sharon; Mosher, Catherine-E. (2006). Predictors of Tanning Salon Use: Behavioral Alternatives for Enhancing Appearance, Relaxing and Socializing. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 511-520.***

This study investigated cognitive predictors of tanning salon use, based on Jaccard's Theory of Alternative Behavior. A total of 164 undergraduates completed questionnaires that assessed tanning salon use, attitudes toward tanning salon use and attitudes toward behavioral alternatives for enhancing appearance, relaxing and socializing. Results indicated that attitudes toward alternatives for enhancing appearance were not significantly related to tanning salon use. However, favorable attitudes toward engaging in a hobby to relax and going to the gym to socialize were inversely related to frequency of tanning salon use. Findings suggest that interventions for reducing skin cancer risk should focus not only on decreasing favorable attitudes toward tanning, but also on increasing favorable attitudes toward healthier alternatives to tanning salon use.

**French, David-P; Hevey, David; Sutton, Stephen; Kinmonth, Ann-Louise; Marteau, Theresa-M. (2006). Personal and Social Comparison Information about Health Risk: Reaction to Information and Information Search. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 497-510.***

This study extended previous research on the impact of personal and social comparison information about health risk by asking respondents what other information they require. A total of 197 students responded to 1 of 12 vignettes describing hypothetical risks of developing pancreatic disease.

These vignettes varied in terms of personal risk, comparison group risk and disease severity. Higher threat manipulations elicited higher ratings of negative affect, although perceived ambiguity moderated this effect. When information was more threatening, respondents requested more information, especially about controlling the disease threat. These results indicate the importance of providing unambiguous information, information about how to control a threat and information people want.

**Barrera, Manuel-Jr.; Toobert, Deborah-J; Angell, Karyn-L; Glasgow, Russell-E; Mackinnon, David-P. (2006). Social Support and Social-ecological Resources as Mediators of Lifestyle Intervention Effects for Type 2 Diabetes. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 483-495.***

A study was conducted to determine if an intervention could change social support and social-ecological resources of post-menopausal women diagnosed with type 2 diabetes, and if those changes mediated the intervention's effects on health behaviors and outcomes. Women (N=279) were randomly assigned to receive a comprehensive 6-month Mediterranean Lifestyle Program (MLP) or usual care from their physicians (UC). MLP was successful in changing social embeddedness and social-ecological resources, but not a measure of perceived support. Changes in social-ecological resources mediated intervention effects on fat consumption, exercise and glycemic control. The experimental manipulation of mediators and the demonstrated mediation effects support the conclusion that social-ecological resources can contribute to improvements in healthful lifestyles for women with type 2 diabetes.

**Mcmanus, I.-C; Stubbings, G.-F; Martin, N. (2006). Stigmatization, Physical Illness and Mental Health in Primary Ciliary Dyskinesia. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 467-482.***

Primary ciliary dyskinesia (PCD) causes chronic cough, sinusitis and bronchiectasis, and half of patients also show situs inversus. The genetic basis and visible and concealed chronic symptoms provide potential for stigmatization. We describe a structural equation model linking a questionnaire measure of stigmatization to sex, age, personality (Big Five), symptoms (St George's Respiratory Questionnaire), health status (SF-36) and stress (GHQ-12). Stigma did not relate to physical symptoms or health, or to situs, but correlated with mental health and the social impact of symptoms. Neuroticism, extroversion, openness to experience, age, age at diagnosis and being female indirectly affected stigmatization via mental health.

**Furness, Penny; Garrud, Paul; Faulder, Annabella; Swift, Judy (2006). Coming to Terms: A Grounded Theory of Adaptation to Facial Surgery in Adulthood. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 453-466.***

Facial surgery is associated with both functional difficulties and disfigurement, and there is evidence to show that psychosocial outcomes vary widely between individuals. This article reports the findings of a grounded theory study of the predictors and process of adaptation to facial surgery in adulthood. Interviews and focus groups were conducted with 29 facial surgery survivors. Four superordinate data categories were generated, namely 'Demands', 'Resources', 'Responding and managing' and 'Consequences'. A model of adaptation was developed which reflected the inter-relationships apparent between these categories. Data extracts are presented to illustrate the grounding of the model in participants' accounts, and the model is discussed with reference to previous theory and research.

**Louka, Pinelopi; Maguire, Moira; Evans, Phil; Worrell, Marcia (2006). 'I Think That It's a Pain in the Ass That I Have to Stand Outside in the Cold and Have a Cigarette?' Representations of Smoking and Experiences of Disapproval in UK and Greek Smokers. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 441-451.***

Smokers in Greece and the UK are habitually exposed to different levels of social disapproval. This qualitative study explored the accounts of smoking and disapproval offered by 32 UK and Greek smokers. Accounts were framed with reference to a highly moralized construction of smoking. Participants were sensitive to social disapproval of their smoking. While disapproval from those close to them was accepted, disapproval from the general public was not. Two discursive repertoires 'smoking works for me now' and 'the struggle to quit' were identified as resources that participants drew upon to enable continued smoking while acknowledging the health issues. While there were many similarities in the accounts provided, there were important differences that seem to reflect the different 'smoking worlds' inhabited.

**Benford, Rebecca; Gough, Brendan (2006). Defining and Defending 'Unhealthy' Practices: A Discourse Analysis of Chocolate 'Addicts' Accounts. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 427-440.***

Contemporary ideals of health and nutrition conspire to render the consumption of chocolate and similar snacks problematic. Individuals who self-define as 'chocoholics' therefore present an ideal opportunity to investigate how ostensibly unhealthy acts are defined, defended and maintained within a health-conscious climate. This article reports on an interview-based study with five self-professed

chocoholics. A Foucauldian form of discourse analysis was applied to the interview transcripts and four main discourses identified: chocolate as dirty and dangerous; chocolate as pleasure; self-surveillance; and addiction. The function of such discourses in terms of upholding the moral status of these individuals is discussed.

**Stewart, Sherry-H; Brown, Catrina-G; Devoulte, Kristina; Theakston, Jennifer; Larsen, Sarah-E. (2006). Why Do Women with Alcohol Problems Binge Eat?: Exploring Connections between Binge Eating and Heavy Drinking in Women Receiving Treatment for Alcohol Problems. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 409-425.***

Questionnaires assessing heavy drinking and binge eating were administered to 58 women with alcohol problems. A sub-sample of the binge-eaters then participated in qualitative interviews about their perceptions of the connections between their two problems. Seventy-one percent self-identified as binge-eaters with most reporting 'severe' binge eating. Binge-eaters were younger, more frequent drinkers and drank more often for emotional relief than non-binge-eaters. Binge eating and heavy drinking appeared to serve similar functions in a given client (i.e. emotional relief or reward functions). We discuss implications of the findings for the development of better treatments for women struggling with both health issues.

**Hepworth, Julie (2006). Strengthening Critical Health Psychology: A Critical Action Orientation. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 401-408.***

The commentaries on my original article 'The Emergence of Critical Health Psychology: Can it Contribute to Promoting Public Health?' (see record 2006-05272-001) provided engaging views on what critical health psychology (CHP) actually is and does. Consideration of each commentary gave rise to numerous themes and generated my own further thoughts on CHP which I frame as five key areas of a continuing dialogue: (1) reflexivity and CHP; (2) health psychology: pluralist or not? (3) CHP as a moral project; (4) social action and change; and (5) strengthening critical approaches to health. Throughout I highlight concepts and issues that are integral to the capacity of CHP to create a shift towards a reinvigorated action-orientated agenda.

**Von-Lengerke, Thomas (2006). Public Health is an Interdiscipline, and about Wholes and Parts: Indeed, Critical Health Psychology Needs to Join Forces. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 395-399.***

Hepworth's (see record 2006-05272-001) assessment of critical health psychology's capacity to contribute to public health promotion (this issue) is

commented on and supplemented by selected issues relevant to Hepworth's timely call for interdisciplinary research and action in this context. Drawing on eco-epidemiology, multilevel research strategies are suggested that comprehensively account for individual/psychological and population/sociological factors. It is delineated how health promotion policies may be backed by psychologically informed policy analysis. Regarding health, it is argued to keep scrutinizing ill-health and to resist simplistic notions of quality of life or wellness but also to enhance these by incorporating concepts from positive psychology. Finally, it is considered whether transdisciplinarity may be in aid of fully realizing the potentials of blending the merits of health psychology and public health.

**Vinck, Jan; Meganck, Jeroen (2006). Do We Need Critical Health Psychology or Rather Critical Health Psychologists? *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 391-393.***

In her article Julie Hepworth (this issue) (see record 2006-05272-001) discusses the definition of critical health psychology and its position within the field of health psychology. We understand that she is inclined to favour a position of critical health psychology that is separate from and in opposition to mainstream health psychology. In contrast to this, we are convinced that the important concerns of critical health psychology are better served by efforts to help mainstream health psychologists think and work more strongly from a critical perspective.

**Stam, Henderikus-J. (2006). Physician, Heal Thyself: The Fate of the Professional cum Critic. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 385-389.***

Reminding us of the crucial tasks that require our urgent ministrations, Hepworth (this issue) (see record 2006-05272-001) rightly notes that critique has its limits. I agree and note that our fates as critics are bound to a professionalism we may not be able to escape.

**Murray, Michael; Poland, Blake (2006). Health Psychology and Social Action. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 379-384.***

This article reviews the main epistemological approaches within health psychology. It considers the approach based on critical realism and various strategies for linking health psychology with social action. It argues that critical health psychology has a distinct contribution to make in promoting public health as part of the broader movement for social justice and health.

**Mcvittie, Chris (2006). Critical Health Psychology, Pluralism and Dilemmas: The Importance of Being Critical. *Journal of Health Psychology. Vol 11(3) May 2006, 373-377.***

Hepworth (this issue) (see record 2006-05272-001) argues for critical health psychology (CHP) to move on from binary opposition to mainstream health psychology (MHP) and to engage with other researchers in projects of common interest. In doing so, CHP can take up Murray and Campbell's earlier 'call to action' and avoid the risk of isolation. However neither action nor cross-subject collaboration are necessarily appropriate strategies for all elements of a pluralistic CHP that encompasses a diversity of epistemological positions. Conducting research on others' terms also holds risks for the development of work that remains critical. The potential contributions of a pluralistic CHP, by way of action or otherwise, might usefully be judged in relation to both the distal and proximate contexts of health issues.

**Marks, David-F. (2006). The Case for a Pluralist Health Psychology. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(3) May 2006, 367-372.**

Hepworth (2006) (see record 2006-05272-001) offers a timely and insightful review of critical health psychology. A pluralist health psychology can accommodate the interests and concerns of all psychologists working in the health field. Health inequalities are neglected by the mainstream and yet policy makers at national and international level are giving this a high priority. Also, ecological validity and replicability of mainstream quantitative studies are unacceptably low while qualitative studies are being increasingly utilized. Hepworth's passionate call to action is an appeal that no psychologist with a concern for human wellbeing can easily ignore.

**Maclachlan, Malcolm (2006). Towards a Global Health Contribution for Critical Health Psychology: Some Comments on Hepworth. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(3) May 2006, 361-365.**

Comments on article by Julie Hepworth (see record 2006-05272-001). The ability of critical health psychology to deliver on its implicit promise to link social and biological processes is compromised by: (1) a morally superior stance of being critical rather than being critical for other disciplines; (2) insufficient pluralism in its concepts and methods; and (3) unwillingness to engage with more 'distant' disciplines that are salient to its goals; particularly economics, management and law. The global health movement offers critical health psychology an avenue to develop its project, especially in low-income countries, where a pragmatic approach to the interconnectedness of poor health and inequality is needed.

**Lee, Christina (2006). Critical Health Psychology: Who Benefits? *Journal of Health Psychology*. Vol 11(3) May 2006, 355-359.**

This commentary deals with two issues raised by Hepworth (this issue) (see record 2006-05272-001). Concerning definitions, it argues that critical health psychology needs to be more explicit in defining itself as politically left-wing, and that its central defining characteristic should be that it is research and practice which aims primarily to benefit the participants, regardless of any specific method or epistemology. Concerning the value of critical health psychology, it argues that work which has improved health on a global scale and which aims to reduce inequities is being done, but not by critical psychologists, and suggests a need for more action and less rhetoric.

**Flick, Uwe (2006). Paradigm Lost?: Reconsidering Health Psychology. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(3) May 2006, 351-354.**

Critical health psychology (CHP) is seen as entangled in the dilemma of where to locate itself in two ways: first, inside the original discipline--health psychology--or outside and in confrontation to it. Second, in the field of related disciplines like medical sociology and (new) public health. Drawing parallels to earlier discussions in medical sociology, CHP is seen in an ambiguous intention of being critical to health psychology and of becoming a professional field in health psychology. CHP has difficulties making itself distinct from new public health approaches. Two examples of research are briefly mentioned. They address health concepts of health professionals and representations and practices concerning health of homeless adolescents.

**Estacio, Emeé-Vida (2006). Going Beyond the Rhetoric: The Movement of Critical Health Psychology towards Social Action. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(3) May 2006, 347-350.**

Health is a fundamental human right. Unfortunately the pursuit of good health remains a struggle for marginalized individuals/groups because of the rise of new centres of power. Hepworth (this issue) argues that critical health psychologists can contribute to the promotion of public health by moving towards 'greater practice and action orientation'. Until we learn to become more actively involved in translating our research into practice, our efforts will only end up being done in vain. To pursue our humanitarian aims, CHP needs to move beyond the confines of its academic circle and begin to share its vision with a greater audience--society itself.

**Bunton, Robin (2006). Critical Health Psychology: Julie Hepworth. *Journal of Health Psychology*. Vol 11(3) May 2006, 343-345.**

Behaviour oriented health promotion has often relied on over-simplistic and over-deterministic models in which action emanates from individuals, not the social or economic structures they inhabit. Mainstream health psychology models are allied

with official health ideology and policy, stressing self-control, self-regulation and responsible (low-cost) health citizenship. Discussion of psychopolitical validity and of the use of a wider community of meanings and theories is welcome and moves beyond narrow disciplinary concerns by developing epistemological self-critique. Reflection and critique of psychology and its uses in public health is needed for theoretical and morally reasons and points to inseparability of psychology and politics.

**Hepworth, Julie (2006). The Emergence of Critical Health Psychology: Can It Contribute to Promoting Public Health? *Journal of Health Psychology*. Vol 11(3) May 2006, 331-341.**

The purpose of this article is twofold: first to provide an overview of the emergence of critical health psychology for those working in the related social and health sciences and as a review of its major developments for health psychology; and second to discuss critically the potential for critical health psychology to contribute to promoting public health with specific reference to the directives espoused by Prilleltensky (2003) and Murray and Campbell (2003). The identification of three philosophical phases of the emergence of critical health psychology is used to examine the directions of the field and the challenges facing critical health psychology in order to contribute to public and global health.

## Journal of Prevention and Intervention in the Community

**Yamauchi, Lois-A; Billig, Shelley-H; Meyer, Stephen; Hofschire, Linda (2006). Student Outcomes Associated with Service-Learning in a Culturally Relevant High School Program. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. Vol 32(1-2) 2006, 149-164.**

The Hawaiian Studies Program (HSP) integrates the learning of Hawaiian culture with more traditional secondary curriculum in science, social studies, and English. Students also participate in weekly community service-learning sessions. Fifty-five HSP students and 29 peers (who were not involved in the program), completed a survey measuring: students' connection to, pride in, and responsibility for their community; civic attitudes; and career knowledge and preparedness. HSP teachers, community members, and students were also interviewed about program outcomes. Compared to other peers, HSP students tended to report feeling more connected to their community and school and to agree that they had career-related skills. Participants believed that service-learning contributed to these outcomes by making connections between school and community life and by exposing students to a variety of careers.

**Olney, Cynthia-A; Livingston, Judith-E; Fisch, Stanley-I; Talamantes, Melissa-A. (2006). Becoming Better Health Care Providers: Outcomes of a Primary Care Service-Learning Project in Medical School. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. Vol 32(1-2) 2006, 133-147.**

Medical educators have begun to embrace service-learning as a method for teaching medical students to be more socially responsible, patient-oriented practitioners. However, research documenting the learning outcomes of service-learning in medical education is limited. In this paper, written docu-

ments generated through evaluation of a mandatory, structured community service-learning experience were analyzed qualitatively to discover the diverse learning outcomes among 24 students who participated in the experience. Preliminary findings indicate that students developed skills and attitudes directly related to competencies of concern in most U.S. medical programs. These preliminary findings may help other programs articulate learning outcomes for their service-learning programs. Further, these preliminary findings may stimulate more systematic research (qualitative and quantitative) in this area.

**Ferrari, Joseph-R; Kapoor, Monica; Bristow, Maya-J; Bowman, H.-Woods (2006). Community Elder-Care in Tasmania: Examining Whether Caregivers Believe They "Make-A-Difference" in an Urban and Rural Island. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. Vol 32(1-2) 2006, 115-131.**

Adult caregivers (n = 184; Mage = 43.9 years old) working at a non-profit, eldercare program at five geographically diverse sites located in the self-contained, island state of Tasmania, Australia, completed a set of self-report measures. Results across the five sites indicated that respondents experienced a relatively strong sense of self-efficacy toward making a difference in their local community. However, there were significant differences (controlling for social desirability) when comparing caregivers from rural northern (n = 45) with urban southern (n = 139) communities, with rural caregivers claiming stronger sense of common mission with others, reciprocal responsibility to help others, and caregiver satisfaction, plus lower disharmony with other members and caregiver stress in helping the elderly than urban caregivers. Implications suggest that community self-efficacy may be high

among eldercare staff, but their sense of community and caregiving perceptions may reflect geographic differences, especially in Tasmania.

**Reeb, Roger-N. (2006). The Community Service Self-Efficacy Scale: Further Evidence of Reliability and Validity. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 32(1-2) 2006, 97-113.***

The Community Service Self-Efficacy Scale (CSSES) measures "the individual's confidence in his or her own ability to make clinically significant contributions to the community through service" (Reeb et al., p. 48). Three studies reported in this article replicate and extend past CSSES research. With regard to reliability, results replicate past research in demonstrating internal consistency and temporal consistency. Convergent validity was demonstrated by the finding that, as hypothesized, the CSSES correlated moderately with a measure of general self-efficacy. As hypothesized, the correlation between the CSSES and a measure of social desirability was low in magnitude and non-significant, demonstrating discriminant validity. Regarding gender differences, females tended to score somewhat higher than males on the CSSES. With respect to construct validity, CSSES scores changed in the hypothesized direction in response to an intervention. While past CSSES research focused on college students, one study reported in this paper shows that the CSSES is useful in studying adolescents, including those with psychosocial adjustment problems.

**Dowrick, Peter-W; Yuen, JoAnn-W.-L. (2006). Literacy for the Community, by the Community. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 32(1-2) 2006, 81-96.***

Literacy is a significant challenge in the U.S. and its territories, especially in low income communities where use of English language is non-standard. We developed the Actual Community Empowerment (ACE) Reading program for students at risk in such communities. ACE is a small-group tutoring program to support fluency, word recognition and decoding, and comprehension at the best pace of learning for individual, struggling readers. It has several variations (e.g., for different ages, different uses of technology), depending on local needs and resources. The program has been successfully implemented in 40 locations from Philadelphia to Pohnpei, with a 95% success rate for significant reading improvement. ACE tutors are community paraprofessionals or school students with backgrounds similar to the children who receive tutoring. In the first major section of this paper, the ACE Reading Program is described and empirical research demonstrating the benefits of the program for students' literacy is reviewed. The second major section presents preliminary qualitative research

evidence that paraprofessional tutors progress through recognizable stages toward increased professionalism. Recommendations for future research are provided.

**Donnelly, Patrick-G; Kimble, Charles-E. (2006). An Evaluation of the Effects of Neighborhood Mobilization on Community Problems. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 32(1-2) 2006, 61-80.***

This research examines the outcomes of actions taken by members of a residential neighborhood association to revitalize a neighborhood and to make it a safer and more secure place to live. This urban neighborhood association initiated a major planning process in cooperation with city officials. Residents overwhelmingly adopted the plan that included the creation of mini-neighborhoods with a series of gates to moderate traffic flow, increase neighborliness, and reduce crime. An analysis of official data from police crime reports shows that crime was significantly reduced in the neighborhood after the street changes. This reduction in crime was maintained even five years later. Telephone interviews with neighborhood residents indicated that they perceived reductions in traffic, crime, noise and drug offenses for at least five years after the changes. Even though neighborhood cohesion did not increase, it appears that the actions instigated and promoted by neighborhood association members enhanced the quality of life for neighborhood residents.

**Allen, James; Mohatt, Gerald-V; Rasmus, S.-Michelle; Hazel, Kelly-L; Thomas, Lisa; Lindley, Sharon (2006). The Tools to Understand Community as Co-Researcher on Culture-Specific Protective Factors for Alaska Natives. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 32(1-2) 2006, 41-59.***

A collaborative research process engaging Alaska Native communities in the study of protective factors in Alaska Native sobriety and the design of a preventative intervention using its findings is described. Study 1 was discovery oriented qualitative research whose objectives were identification of protective factors and development of a heuristic model. Study 2 involved quantitative survey methods to develop and test a measure of protective factors identified by the qualitative study. Empirical data from these studies is presented, and the role of Alaska Native co-researchers who did not possess specialist research training is described in the design and implementation of the study, interpretation of findings, and design of the intervention model and tools. Benefits that emerged from co-researcher involvement in this process, to the community and to the co-researchers themselves, are described.

**Oneal, Brent-J; Reeb, Roger-N; Korte, John-R; Butter, Eliot-J. (2006). Assessment of Home-Based Behavior Modification Programs for Autistic Children: Reliability and Validity of the Behavioral Summarized Evaluation. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 32(1-2) 2006, 25-39.***

Since the publication of Lovaas' (1987) impressive findings, there has been a proliferation of home-based behavior modification programs for autistic children. Parents and other paraprofessionals often play key roles in the implementation and monitoring of these programs. The Behavioral Summarized Evaluation (BSE) was developed for professionals and paraprofessionals to use in assessing the severity of autistic symptoms over the course of treatment. This paper examined the psychometric properties of the BSE (inter-item consistency, factorial composition, convergent validity, and sensitivity to parents' perceptions of symptom change over time) when used by parents of autistic youngsters undergoing home-based intervention. Recommendations for future research are presented.

**Sturza, Marisa-L; Davidson, William-S-II (2006). Issues Facing the Dissemination of Prevention Programs: Three Decades of Research on the Adolescent Diversion Project. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 32(1-2) 2006, 5-24.***

This paper argues that the issues facing effective prevention programs when they embark on dissemination, implementation, and routinization have been largely ignored by the field. Through the example of the Adolescent Diversion Program, these issues are illustrated and discussed. Four sequential longitudinal experimental studies are summarized as a context for the discussion of dissemination issues. In each case, the alternative preventive program is demonstrated to be more effective than traditional approaches. Challenges to widespread implementation of effective prevention programs are then discussed with a call for the field to add such issues to its scientific agenda.

**Reeb, Roger-N. (2006). Community Action Research: An Introduction. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 32(1-2) 2006, 1-3.***

One goal of community psychology is to apply psychological theory and research in ways that enhance the psychological wellness of community members. As community psychology was developing a distinctive identity, it became evident that community programs utilizing paraprofessionals and volunteers were beneficial to community members. The first section of this special volume, presents a sample of studies that (a) utilized volunteers or paraprofessionals in the implementation of services or social action, and (b) demonstrated benefits

of the program to members of the community. The second section of this special volume, presents studies that demonstrate benefits in personal development for volunteers and paraprofessionals providing services in community members. The articles presented in this special volume advance our understanding of the potential benefits of research that utilize volunteers or paraprofessionals as change agents. It is hoped that these articles stimulate further research examining the benefits of community-based research projects for both (a) members of the community in need of services, and (b) volunteers and paraprofessionals providing community service.

**Davis, Margaret-I; Dziekan, Marta-M; Horin, Elizabeth-V; Jason, Leonard-A; Ferrari, Joseph-R; Olson, Bradley-D. (2006). Women leadership in oxford house: Examining their strengths and challenges. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, 133-143.***

This study examined the perspectives and definition of leadership by women and mothers with children (n = 40) affiliated with Oxford Houses, a communal mutual-help recovery setting. Participants were asked questions relating to their experiences living in an Oxford House including the strengths and challenges encountered and how leadership impacted the stability in their house. Results illustrated the value of female leadership and highlighted the characteristics deemed important for women leaders in Oxford House, as well as some differences between these women's perception of leadership and the standard definition of leadership. The implications of the findings and how they may be useful to women's and mothers' with children houses are discussed.

**d'Arlach, Lucia; Olson, Bradley-D; Jason, Leonard-A; Ferrari, Joseph-R. (2006). Children, women, and substance abuse: A look at recovery in a communal setting. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, 121-131.***

This study explored the sense of community among women (n = 21) and women with children (n = 30) living in Oxford Houses, with emphasis on how the presence of children might affect the household. Sense of community did not vary between participants with more or less than three months residence. Residents reported very high levels of satisfaction with the home, possibly because of a ceiling effect of little room for increases in their sense of community over time. Participants reported that they were getting along with the children in the home, that mothers could count on babysitting help, and that the children had a positive effect on the household and their own recovery process. This effect did not differ between mothers and non-mothers, suggesting that non-mothers might view



the children in the home with a sense of responsibility and sensitivity comparable to that of the mothers. Implications are discussed.

**Flynn, Andrea-M; Alvarez, Josefina; Jason, Leonard-A; Olson, Bradley-D; Ferrari, Joseph-R; Davis, Margaret-I. (2006). African american oxford house residents: Sources of abstinent social networks. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, 111-119.***

The current study found that African American residents of Oxford House (OH) used Narcotics Anonymous (NA) at high rates, and that both OH and NA strongly contributed to abstinent social networks. Having siblings and other family members in one's network predicted substance use among network members, whereas spouses, parents, and children did not have an effect on the rate of substance use. These findings suggest that OH and NA may be effective sources of abstinent social support for African Americans recovering from substance abuse. However, family members are well represented in the support networks of African Americans in OH.

**Ponitz, Julie-E; Olson, Bradley-D; Jason, Leonard-A; Davis, Margaret-I; Ferrari, Joseph-R. (2006). Medical care of individuals residing in substance abuse recovery homes: An analysis of need and utilization. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, 95-110.***

The current study examined medical care need and utilization patterns among a substance abusing and recovering population (n = 876), investigating factors such as employment and drug use categories (e.g., pharmaceutical use, cocaine use, heroin use, alcohol use). It was found that those who were unemployed needed and utilized greater medical care than those who were employed. Results indicated that heroin, cocaine, and/or alcohol use was not predictive of medical care need or utilization, whereas pharmaceutical drug use was predictive of medical care need and utilization. Trauma and risky use of substances were not significant predictors of medical care need or utilization whereas the suicide severity composite was significant. Potential implications for misuse of medical services (e.g., to obtain pharmaceutical drugs of use) and federal medical care expenditure allocation are discussed.

**Kim, Kerri-L; Davis, Margaret-I; Jason, Leonard-A; Ferrari, Joseph-R. (2006). Structural social support: Impact on adult substance use and recovery attempts. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, 85-94.***

This study examined the structural social support of 132 men residing in a network of self-run, sub-

stance abuse recovery homes. The impact of different types of social relationships on individuals' substance use patterns and recovery attempts was investigated. Results suggest that varying relationship types (i.e., parents, significant other, friends, children, coworkers) have significantly different influences on use and recovery. Additionally, each type of relationship had differential impacts on use versus recovery. Children were the sole relationship type that affected both substance use and recovery attempts in a positive nature, suggesting that children may have a beneficial impact on reducing usage and prompting recovery in adults dealing with substance abuse issues.

**Brown, Justin-T; Davis, Margaret-I; Jason, Leonard-A; Ferrari, Joseph-R. (2006). Stress and coping: The roles of ethnicity and gender in substance abuse recovery. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, 75-84.***

This study investigated ethnic and gender differences in reported resource losses and gains for recovering substance abusers living in Oxford Houses (OH). Participants (n = 829) completed a version of Hobfoll's (1998) Conservation of Resources (COR) Evaluation. Results indicated significant individual differences in resources, based on gender, ethnicity, and the length of OH residential stay. Men reported fewer resource gains and losses than women. With respect to ethnicity, African-Americans reported greater gains and losses in resources than European-Americans. Individuals with less time in an OH also reported having experienced more losses in the past three months.

**Olson, Bradley-D; Viola, Judah-J; Jason, Leonard-A; Davis, Margaret-I; Ferrari, Joseph-R; Rabin-Belyaev, Olga (2006). Economic costs of oxford house inpatient treatment and incarceration: A preliminary report. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, 63-72.***

The Oxford House model for substance abuse recovery has potential economic advantages associated with the low cost of opening up and maintaining the settings. In the present study, annual program costs per person were estimated for Oxford House based on federal loan information and data collected from Oxford House Inc. In addition, annual treatment and incarceration costs were approximated based on participant data prior to Oxford House residence in conjunction with normative costs for these settings. Societal costs associated with the Oxford House program were relatively low, whereas estimated costs associated with inpatient and incarceration history were high. The implications of these findings are discussed.

**Braciszewski, Jordan-M; Olson, Bradley-D; Jason, Leonard-A; Ferrari, Joseph-R. (2006). The influence of policy on the differential expansion of male and female self-run recovery settings. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, 51-62.***

The present study used archival data to examine the differential growth among self-governed substance abuse recovery homes for men (N = 443) and women (N = 125). The number of these homes increased dramatically across the U.S. from 1988-1999 when state loan funds were made available to states and technical assistance was utilized by organizations developing the houses. State loan programs and the utilization of technical assistance, however, had the strongest impact on the expansion of women's houses compared to men's houses. The implications of these findings in relation to the scarcity of recovery options for women are discussed.

**Ferrari, Joseph-R; Jason, Leonard-A; Blake, Ron; Davis, Margaret-I; Olson, Bradley-D. (2006). "This is my neighborhood": Comparing united states and australian oxford house neighborhoods. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, 41-49.***

The number of Oxford Houses, communal-living, mutual help settings for persons in recovery of alcohol and substance abuse, has spread across the United States and recently in and around Melbourne, Australia. In this study 55 US and 6 AU Houses were compared descriptively for their neighborhood characteristics. Across settings, there were greater similarities than significant differences in the locations. Results imply that Australian Oxford Houses are "safe and sober" settings for persons in recovery consistent with the original United States model in physical dwelling settings.

**Ferrari, Joseph-R; Jason, Leonard-A; Sasser, Kelly-C; Davis, Margaret-I; Olson, Bradley-D. (2006). Creating a home to promote recovery: The physical environments of oxford house. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, 27-39.***

The interior and exterior physical characteristics of substance abuse recovery program dwellings (11 women, 44 men) from three geographic sections of the United States were assessed as creating a "house-as-home" for residents. Although each house was independently governed and operated by residents, results indicated vast similarities among the interior characteristics, amenities, and structural aspects. These rented dwellings also had similar well-maintained exterior characteristics, despite their geographic locations. Follow-up interviews of former residents indicated that these house characteristics and amenities helped create a sense of

home not found in traditional institutional facilities. Results suggested that residents of self-governed independently operated recovery houses may create and maintain safe and sober settings that elicit a sense of home among residents.

**Jason, Leonard-A; Davis, Margaret-I; Olson, Bradley-D; Ferrari, Joseph-R; Alvarez, Josefina (2006). Attitudes of community members as a function of participatory research with oxford houses. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, 13-24.***

Citizen participation in research may include involvement in generating original ideas, planning appropriate designs, collecting data, and helping to implement interventions. Unfortunately, little is known about the attitudes of the community members who participate in such research processes. In the present exploratory study, a team of community members (4 men, 3 women; age > 30 years old) who were employed as investigator research associates to evaluate an innovative substance abuse recovery home, were asked for their perspectives about their involvement in the research effort. Findings indicated that these community members felt their participation was a positive experience. Moreover, while their understanding and sense of participation in the research process increased, their identification and affiliation with their support organization was not reduced. Results imply that there is a need to better understand how citizen members of community organizations are affected by their involvement in the research process.

**Davis, Margaret-I; Olson, Bradley-D; Jason, Leonard-A; Alvarez, Josefina; Ferrari, Joseph-R. (2006). Cultivating and maintaining effective action research partnerships: The DePaul and Oxford house collaborative. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, 3-12.***

In this paper, we review the result of research conducted in the context of a 13-year collaborative partnership between DePaul University and a community-based, self-run, residential substance abuse recovery program called Oxford House. This collaborative effort highlights several examples of the research and action activities fostering a positive alliance that benefited both the research team and the Oxford House community. It also proposed practical guidelines for developing effective action research collaboratives that may be helpful to others who desire to cultivate and maintain similar mutually beneficial partnerships; including such processes as the development of trust, respecting the personal experiences of the community members and group, commitment to serving the community, validating findings with organization members, and accountability.

**Jason, Leonard-A (Ed); Ferrari, Joseph-R (Ed); Davis, Margaret-I (Ed); Olson, Bradley-D. (Ed) (2006). Preface. *Journal of Prevention and Intervention in the Community. Vol 31(1-2) 2006, xix-xx.***

The papers comprising this special volume are the result of research conducted in the context of a 13-year collaborative action research partnership between DePaul University and Oxford House, Inc., a community-based organization (CBO). Several of the chapters herein utilized data collected as part of

two large NIH-funded studies that are currently underway, with Leonard Jason as Principal Investigator and Joseph Ferrari as Co-Principal Investigator. The first project was funded by NIAAA as a five year, randomized outcome study within the state of Illinois. The second project was funded by NIDA using an accelerated longitudinal design to examine the relation between social support for abstinence, the development of self-efficacy, and successful abstention from substance use in a national sample of Oxford House residents.

## Journal of Primary Prevention

**Cross, Wendi; Wyman, Peter-A. (2006). Training and Motivational Factors as Predictors of Job Satisfaction and Anticipated Job Retention among Implementers of a School-Based Prevention Program. *Journal of Primary Prevention. Vol 27(2) Mar 2006, 195-215.***

Despite increasing dissemination of prevention programs, little is known about program implementers, including factors that promote satisfying, job roles. Using Self-Determination Theory as a conceptual framework, we surveyed 128 implementers of the widely disseminated Primary Mental Health Project. Implementers reported 7.1 years average experience on the job (range 1-25 years), and 55% had two or more years of college. In a multivariate regression model, predictors of higher job satisfaction were: lower education level; positive perceptions of supervision and continuing education opportunities; and satisfaction at work of needs for autonomy and competence. For implementers with  $\leq 3$  years experience, satisfaction of competence needs predicted job satisfaction; for implementers with  $> 3$  years experience, satisfaction of needs for autonomy and for relatedness predicted job satisfaction. Contrary to expectations, job satisfaction was unrelated to anticipated job retention.

**Coatsworth, J.-Douglas; Duncan, Larissa-G; Pantin, Hilda; Szapocznik, Jose (2006). Patterns of Retention in a Preventive Intervention with Ethnic Minority Families. *Journal of Primary Prevention. Vol 27(2) Mar 2006, 171-193.***

This study examined socio-demographic, child, and family-level correlates of retention patterns among parent participants of Familias Unidas/SEPI (Coatsworth, Pantin, & Szapocznik, 2002), a randomized, controlled trial of a family-focused preventive intervention. The current study's aim was to identify variables that could be used to classify ethnic minority (African American and Hispanic) caregivers (N = 143) into their known patterns of retention across 30 sessions of the intervention. Person-centered analyses identified three broad attendance pattern groups: (a) non-attenders; (b)

variable-attenders; (c) consistent-high-attenders. Subgroups of the variable-attender group included: (a) dropouts; (b) variable-low-attenders; (c) variable-high-attenders. Four socio-demographic indicators were significant discriminators of the broad retention patterns. Three family-level factors were significant discriminators of the variable-attender subgroups. Additional significant mean/rate differences among retention pattern groups on correlates are reported. Implications for how retention is examined in preventive interventions and for developing intervention strategies for improving retention rates are discussed.

**Okamoto, Scott-K; LeCroy, Craig-Winston; Tann, Sheila-S; Rayle, Andrea-Dixon; Kulis, Stephen; Dustman, Patricia; Berceci, David (2006). The Implications of Ecologically Based Assessment for Primary Prevention with Indigenous Youth Populations. *Journal of Primary Prevention. Vol 27(2) Mar 2006, 155-170.***

This paper describes a five-stage approach toward conducting an ecologically based assessment with Indigenous youth populations, and the implications of this approach for the development and implementation of culturally grounded prevention interventions. A description of a pilot study funded by the National Institutes of Health/National Institute on Drug Abuse (NIH/NIDA) focused on drug use and American Indian youth is presented as one model for operationalizing ecologically based assessment with Indigenous youth populations, and issues related to translating the pilot study into a prevention intervention are discussed. This paper suggests that ecologically based assessment can serve as a foundation for culturally grounded prevention interventions, promoting the social and ecological validity of those interventions.

**Komro, Kelli-A; Perry, Cheryl-L; Veblen-Mortenson, Sara; Farbakhsh, Kian; Kugler, Kari-C; Alfano, Karen-A; Dudovitz, Bonnie-S; Williams, Carolyn-L; Jones -Webb, Rhonda (2006). Cross-Cultural Adaptation and Evalua-**

**tion of a Home-Based Program for Alcohol Use Prevention among Urban Youth: The "Slick Tracy Home Team Program."** *Journal of Primary Prevention. Vol 27(2) Mar 2006, 135-154.*

The current study describes the extensive cross-cultural adaptation of a brief home-based alcohol prevention program for racially and ethnically diverse sixth grade students and their families, using a randomized controlled trial design involving 60 public schools in the city of Chicago (N = 3,623

students). The adapted program achieved high participation levels (73%) overall, as well as in single parent families, non-English homes, and low-income students, among other at risk groups. Lower levels of factors associated with the onset of alcohol use (i.e., normative expectations and outcome expectations) were achieved in the intervention group compared to the control group. However, no differences were observed for several other protective factors or alcohol use.

## Prevention Science

**Beadnell, Blair; Baker, Sharon-A; Morrison, Diane-M; Huang, Bu; Stielstra, Sorrel; Stoner, Susan (2006). Change Trajectories in Women's STD/HIV Risk Behaviors Following Intervention.** *Prevention Science. Vol 7(3) Sep 2006, 321-331.*

Three 16-month sexual risk-taking trajectories were identified in 287 women in an STD/HIV intervention study. The Risk Eliminator group reported no sex risk following intervention while the Risk Reducer group reported continuous drops over time. The High Risk group reported higher initial risk than the other two and no subsequent changes. The trajectory groups showed no between or within-group effects of intervention exposure. Trajectory groups were compared on baseline characteristics. No differences were seen in demographics or STD/HIV knowledge. Compared to one or both of the other groups, the High Risk women reported more lifetime partners, recent paying partners, adult rape, and recent substance use. Their steady partners were more likely to be abusive, intoxicated during sex (as were the women themselves), and believed to be non-monogamous. The Risk Eliminator group differed from the other two by being less likely to report a history of childhood sexual abuse.

**Brudvik, Christina (2006). Injuries Caused by Small Wheel Devices.** *Prevention Science. Vol 7(3) Sep 2006, 313-320.*

We wanted to look for characteristics in injuries caused by rollerblades, skateboards and unmotorized kick scooters in order to recommend more targeted injury prevention. From September 2000 we did a two-year prospective registration of all small wheel device injuries attending Bergen Accident and Emergency Department's surgical unit. We registered a total of 273 injuries, and found an obvious difference in injury pattern between the three. Rollerbladers were more prone to fractures in their hands and arms, especially distal radial fractures, but also scaphoid fractures. This fracture is seldom in children, but not in child injuries caused by small wheel devices. Skateboarders were susceptible to

ankle sprains and had the lowest injury severity among the three activities. Kick scooter users got mostly wound injuries, but had a high frequency of distal radial fractures with volar angulation, the Smith-type of fracture. There were also differences in user groups; 2/3 of injured rollerbladers were boys, mostly aged 12, a typical, injured skateboarder was a young male aged 13, and an injured kick scooter user was either an 11-year-old girl or boy. The use of effective wrist braces could have prevented most injuries in both rollerblading and kick scooting. Due to the high susceptibility of small wheel devices to uneven grounds resulting in falls, these activities should be prohibited in traffic and darkness. Preventive advice should preferably reach children aged 11 to 13.

**Cho, Hyunsan; Guo, Guang; Iritani, Bonita-J; Hallfors, Denise-Dion (2006). Genetic Contribution to Suicidal Behaviors and Associated Risk Factors among Adolescents in the U.S.** *Prevention Science. Vol 7(3) Sep 2006, 303-311.*

This paper examines genetic contribution to suicidal behaviors and other risk factors associated with suicidal behavior among adolescents in the U.S. Using adolescent twin data in the National Longitudinal Study of Adolescent Health (N = 1448), we compared concordance in suicidal ideation and attempt among monozygotic (MZ) and dizygotic (DZ) twins. Heritability of risk factors for suicidal behaviors also was examined using Pearson correlation and mixed-model analyses. A trend of higher concordance in suicidal ideation and attempt was found among MZ than DZ twins but the difference was not statistically significant by the stringent test of bootstrapping analysis. Evidence of heritability was found for several suicide risk factors. The percentage of variance explained by heritability was larger among female twins for depression, aggression, and quantity of cigarettes smoked in comparison to heritability estimates for male twins. However, estimated heritability was larger among male than female twins for alcohol use and binge drinking. Heritability influence was negligible among both sexes for other drug use. Risk factors for sui-

cidal behaviors among adolescents may be heritable. Gender differences found in the heritability of some suicide risk factors suggest these genetic contributions are gender specific. Future research examining potential interactions between expression of genetic influence and particular environmental contexts may enhance prevention and intervention efforts.

**Padget, Alison; Bell, Mary-Lou; Shamblen, Stephen-R; Ringwalt, Christopher-L. (2006). Does Learning About the Effects of Alcohol on the Developing Brain Affect Children's Alcohol Use? *Prevention Science. Vol 7(3) Sep 2006, 293-302.***

Protecting You/Protecting Me (PY/PM) is a classroom-based, alcohol-use prevention and vehicle safety program for students in grades 1-5 developed by Mothers Against Drunk Driving (MADD). PY/PM is one of the first alcohol prevention programs targeting children that incorporates emerging research on the adverse effects of alcohol on the developing brain. In this study, we surveyed fifth grade students, some of whom were exposed to their fifth consecutive year of PY/PM implementation. Results indicate that, relative to comparison students from matched schools, PY/PM students increased their knowledge of the effects of alcohol on the developing brain, their perception of the potential harm of alcohol use, and their vehicle safety skills. PY/PM students also exhibited increased negative attitudes toward underage drinking, increased their intentions not to use alcohol, and reported decreased riding with an impaired driver. PY/PM did not have an effect on alcohol use per se of these fifth graders. Path modeling revealed that knowledge of the effects of alcohol on the developing brain had both a direct and an indirect effect on alcohol use, the latter by increasing perceptions of the harm of underage alcohol use which, in turn affected intentions to use and use itself. Teaching children about the effects of alcohol on the developing brain appears to be a promising strategy for underage alcohol use prevention.

**Brody, Gene-H; Murry, Velma-McBride; Chen, Yi-fu; Kogan, Steven-M; Brown, Anita-C. (2006). Effects of Family Risk Factors on Dosage and Efficacy of a Family-centered Preventive Intervention for Rural African Americans. *Prevention Science. Vol 7(3) Sep 2006, 281-291.***

This study was designed to test hypotheses about family risk factors and their links to dosage and efficacy of a family-centered preventive intervention. Participants were 172 families with an 11 year-old child randomly assigned to the intervention condition in the Strong African American Families Program (SAAF). Two family risk factors, ratio of adults to children in the household and youth unconventionality, were negatively related to

dosage, defined as number of intervention sessions attended. Dosage, in turn, was associated with changes in targeted parenting behavior across the 7 months between pretest and posttest. The effect of family risk factors on the link between program dosage and changes in parenting behavior was stronger for families experiencing more risks. The results highlight the need for engagement strategies for recruiting and retaining high-risk families in preventive interventions.

**Stigler, Melissa-H; Perry, Cheryl-L; Komro, Kelli-A; Cudeck, Robert; Williams, Carolyn-L. (2006). Teasing Apart a Multiple Component Approach to Adolescent Alcohol Prevention: What Worked in Project Northland? *Prevention Science. Vol 7(3) Sep 2006, 269-280.***

This paper presents the results of a post hoc component analysis designed to tease apart the effects of different intervention strategies used in Project Northland, a group-randomized, community-wide, multi-level intervention trial originally conducted in the 1990's to prevent and reduce alcohol use among a cohort of mainly White students in rural Minnesota. This study focuses on Phase I, when students were in 6th-8th grade. The intervention during this phase included five components: classroom curricula, peer leadership, youth-driven/led extracurricular activities, parent involvement programs, and community activism. Student exposure to/participation in these components was followed over time using reliable process measures. These measures were used as time-varying covariates in growth curve analyses to estimate the effects of the intervention components over time. Multi-item scales from annually-administered student surveys were used to measure relevant outcome variables, like alcohol use. The impact of the components appears to have been differential. The strongest effects were documented for the planners of extracurricular activities and parent program components. The classroom curricula proved moderately effective, but no effects were associated with differential levels of community activism. The interactions tested here did not provide support for synergistic effects between selected intervention components. Care must be taken when selecting and combining intervention strategies meant to reduce adolescent alcohol use.

**Haggerty, Kevin-P; Fleming, Charles-B; Catalano, Richard-F; Harachi, Tracy-W; Abbott, Robert-D. (2006). Raising Healthy Children: Examining the Impact of Promoting Healthy Driving Behavior within a Social Development Intervention. *Prevention Science. Vol 7(3) Sep 2006, 257-267.***

This study evaluated the impact of two targeted family sessions focused on driving issues delivered within the context of the Raising Healthy Children

## Abstracts

project. The Raising Healthy Children project began in the fall of 1993, drawing students in the 1st or 2nd grades from 10 schools. Schools were assigned to an intervention or control condition, and the school-wide, family- and student-focused preventive intervention to address developmentally salient risk and protective factors was delivered during elementary and middle school. The family driving sessions were administered to families in the intervention condition prior to and after teenagers received their driver's license. The first session consisted of a home visit with families designed to help parents and their children improve decision-making skills concerning driving and to develop clear standards and expectations regarding driving-related behavior. A second session, at the time of licensure, was designed to help parents and teens develop a written contract that stated family expectations, a plan for monitoring compliance with these expectations, and consequences for compliance or non-compliance. Consistent with the study's group-randomized design, intervention effects were assessed with multi-level logistic regression models in which students were grouped by their original school assignment. These models assessed specific effects of the driving sessions by adjusting for control variables measured when students were in 8th grade, prior to the driving sessions. Results indicated that students in the intervention group were more likely than students in the control group to report that they had a written driving contract ( $p = .003$ ,  $OR = 4.98$ ), and had participated in making

the driving rules in the family ( $p = .025$ ,  $OR = 1.70$ ). Further, students in the intervention group reported significantly fewer risky behaviors including driving under the influence of alcohol ( $p = .021$ ,  $OR = .45$ ) and driving with someone who had been drinking ( $p = .038$ ,  $OR = .56$ ).

**Smolkowski, Keith; Biglan, Anthony; Dent, Clyde; Seeley, John (2006). The Multilevel Structure of Four Adolescent Problems. *Prevention Science. Vol 7(3) Sep 2006, 239-256.***

This paper examines variability in adolescent self-reported behavior at the individual, cohort, and school levels for 8th and 11th graders. We examine four adolescent behaviors: substance use, antisocial behavior, depression, and academic performance. Research staff collected the data as part of the Oregon Healthy Teens survey of a population-based sample of 60,837 adolescents over three years in 92 communities. The results indicate that schools vary over time, but not necessarily systematically, and grade-level cohorts account for important variance within schools. The school and cohort combined, however, accounted for at most 4% of the overall variance. The results have implications for research and practice in schools and communities. For example, selection of communities for interventions based on high levels of adolescent problems may be unproductive if individuals account for at least 96% of the variance. Furthermore, in non-experimental designs, cohort variability, not an intervention, may account for apparent improvement across years.



## **Aktuelle Hinweise für AutorInnen**

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr. Der Redaktionsschluß für Originalarbeiten wird jeweils angegeben (für Heft 1 in 2007: 31. März, für Heft 2 in 2007: 15. Oktober). Publiziert werden Beiträge aus dem Bereich der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung.

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

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

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

Bitte schicken Sie Ihren Beitrag (Text im MS Word-Format; ohne Trennungen; Grafiken extra im jpg-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@staff.uni-marburg.de**

E-mails mit Beiträgen als Attachment senden Sie bitte an **GGFP@GGFP.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; 27 Zeilen à 65 Zeichen pro Seite). Die Manuskripte sind formal nach den Richtlinien zur Manuskriptgestaltung anzufertigen, welche die Deutsche Gesellschaft für Psychologie 1997 im Hogrefe Verlag, Göttingen, veröffentlicht hat (siehe dazu [http://www.hogrefe.de/service/autoren/hinweise\\_ms.pdf](http://www.hogrefe.de/service/autoren/hinweise_ms.pdf)). Diese enthalten auch ethische Verpflichtungen und Originalitätserklärungen. Explizit erwünscht sind kurze Zusammenfassungen in deutsch und englisch mit Angabe von einigen wenigen zentralen Schlüsselworten.