

# GEMEINDE

# PSYCHOLOGIE

## RUNDBRIEF NR. 1

FRÜHJAHR 2002 BAND 8

---

# Psychosoziale Arbeit





## IMPRESSUM

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

Die Redaktion besteht derzeit aus Jarg Bergold, (Berlin) und Bernd Röhrle (Marburg). Erscheinungsort ist Marburg. Manuskripte, Diskussionsbeiträge, Leserbriefe können an einen der Herausgeber geschickt werden, möglichst als gedruckter Text plus Diskette in einem gängigen Format. Unverlangt eingeschickte Beiträge sind ausdrücklich erwünscht (Adressen am Ende des Heftes).

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

Wir freuen uns auf die Rückmeldungen auf diesen Rundbrief und vor allem auch auf alle Beiträge und jede kleine Information, die wir im nächsten Rundbrief veröffentlichen können. Einsendeschluß für Originalarbeiten für den zweiten *Gemeindepsychologie-Rundbrief* in 2002 ist der 15. November 2002.

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

### BEZUGSADRESSE:

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

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

Für Mitglieder der Gesellschaft für gemeindepsychologische Forschung und Praxis e.V. (GGFP) ist der Bezug kostenlos. Für private Nichtmitglieder beträgt der Preis pro Einzelheft 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	1
Inhaltsverzeichnis	1
Editorial	2

## SCHWERPUNKTTHEMA:

# „PSYCHOSOZIALE ARBEIT ZWISCHEN BEVORMUNDUNG UND BETEILIGUNG“

## ORIGINALIA

<b>Patientenpartizipation in der ambulanten psychiatrischen Behandlung</b>	
Peri Terzioglu	4
<b>Professionelle Widerstände gegen Partizipation und Empowerment - Über die Schwierigkeit KlientInnen als Subjekte anzuerkennen</b>	
Ralf Quindel	14
<b>„...und auf einmal ist der Gegenstand auch zum Mensch geworden...“ – Partizipation von Kindern und Jugendlichen in Beratungsprozessen</b>	
Andreas Vossler	23
<b>Dabeisein ist alles ! ?</b>	
<b>Partizipation in einer Therapeutischen Jugendwohngruppe</b>	
Ulrike Juchmann	40
<b>Braucht Partizipation eine institutionelle Absicherung?</b>	
Gabriela Zink & Liane Pluto	49

## SERVICETEIL

Hinweise zum Schwerpunktthema	62
Aus den Hochschulen	65
Tagungsberichte	67
Tagungsankündigungen	73
Aus der Politik	81
Aus Vereinen und Verbänden	83
Neues aus dem Internet	84
Abstracts aus gemeindepsychologisch orientierten Zeitschriften	86
Hinweise für AutorInnen	118

## EDITORIAL

„Partizipation und psychosoziale Arbeit zwischen Dienstleistung und Bevormundung“, war der Titel eines Symposiums, das auf dem 14. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung (veranstaltet von der dgvt und der GGFP) im Februar 2002 in Berlin stattfand. Ziel dieses von uns organisierten Symposiums war es, das Thema Partizipation von Adressaten arbeitsfeldübergreifend aus verschiedenen Fachdisziplinen zu beleuchten. Wie kann Beteiligung von psychisch kranken Menschen im Verhältnis zwischen Arzt und Patient funktionieren? Welche Formen von Beteiligung sind in Beratungsprozessen anzustreben? Wird das im Kinder- und Jugendhilfegesetz festgeschriebene Partizipationsgebot tatsächlich umgesetzt? Wie ist die Differenz zwischen Theorie und Anspruch auf der einen Seite und Praxis und Wirklichkeit auf der anderen Seite zu verringern?

In den hier versammelten fünf Beiträgen wird auf eine Fülle an Aspekten eingegangen, die dazu beitragen, Antworten auf diese Fragen zu finden.

Der Beitrag von *Peri Terzioglu* stützt sich auf eine Untersuchung, die an der Freien Universität Berlin durchgeführt wurde und die die Arzt-Patienten-Kooperation in der ambulanten psychiatrischen Behandlung in den Blick nimmt. Es wird dargestellt, wie psychoseerfahrene Patientinnen und Patienten sowie niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater Partizipation umsetzen und welche Aspekte hierbei eine Rolle spielen. Ein zentrales Ergebnis ihres Beitrags ist, dass die Beteiligung von Psychoseerfahrenen notwendig, sinnvoll und möglich ist und dass die Untersuchung von Partizipati-

on nicht nur darauf ausgerichtet ist, dass ÄrztInnen Patienten einbeziehen, vielmehr ist Partizipation Voraussetzung dafür, dass Patienten ihrerseits den Arzt einbeziehen, also die Behandlung fortführen.

*Ralf Quindel* diskutiert an zwei Interviewausschnitten mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sozialpsychiatrischer Dienste, warum es für Fachkräfte schwierig zu sein scheint, sich auf Empowermentprozesse einzulassen. Er verknüpft in seinem Beitrag Fragen von Empowerment mit Partizipation, da seiner Ansicht nach beides untrennbar ineinander verwoben ist. Er stößt dabei unweigerlich auf das nach wie vor schwierige und widersprüchliche Verhältnis von Hilfe und Kontrolle.

Quasi als Bindeglied zwischen einer sozialpsychiatrisch-therapeutischen Perspektive auf das Thema Partizipation und einer, die sich stärker auf die Kinder- und Jugendhilfe mit ihrem pädagogischem Ansatz bezieht, kann der Beitrag von *Andreas Vossler* gesehen werden. Er untersucht Partizipation von Kindern und Jugendlichen in Beratungsprozessen. Er verweist auf Studien, die die Ansprache und Wortbeiträge von Kindern, Jugendlichen, Eltern und Therapeuten untersuchen und thematisiert, welche institutionellen Bedingungen und methodischen Vorgehensweisen der Fachkräfte einer Beteiligung der Adressaten entgegenstehen. *Andreas Vossler* bleibt bei dieser Analyse jedoch nicht stehen, sondern diskutiert auch Ansätze, die ein stärker partizipativ ausgerichtetes Handeln ermöglichen.

Ulrike Juchmann berichtet, wie Partizipation in einer stationären und therapeutisch orientierten Jugendhilfeeinrichtung in Berlin umgesetzt wird. Als ein besonderer Ansatz, der Jugendlichen erleichtern soll, sich ihrer eigenen Situation bewusst zu werden und sich aktiv am Hilfeprozess zu beteiligen, wird die Methode des Reflektierenden Teams näher erläutert. Dabei wird unter Anwesenheit des Jugendlichen innerhalb des Fachkräfteteams über den Jugendlichen reflektiert. Dieser muss dazu nicht Stellung nehmen, erfährt jedoch, welche Vorstellungen die anderen von ihm haben und erhält dadurch Denkanstöße.

Im fünften Beitrag stellen *Gabriela Zink* und *Liane Pluto* dar, welche Vorteile formalisierte und institutionalisierte Beteiligungsverfahren für die Adressaten der Kinder- und Jugendhilfe bieten. Sie zeigen anhand aktueller empirischer Daten, dass nach wie vor große Vorbehalte gegen formal abgesicherte Partizipationsmöglichkeiten bestehen. Dies wird nicht zuletzt mit der Bedeutung der Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen in der öffentlichen Erziehung begründet. Den Autorinnen gelingt es zu zeigen, warum gerade in einem solchen Setting formalisierte Verfahren notwendig sind.

Als zentrale Fragestellungen, die auch in den Diskussionsbeiträgen auf dem Symposium im Anschluss an die Vorträge thematisiert wurden, stellte sich immer wieder das Selbstverständnis der Professionellen dar. Die Adressaten, seien es psychoseerfahrene Patienten oder Kinder und Jugendliche werden oft unterschätzt. Die Methoden, die helfen sollen, Parti-

zipation zu fördern sind, sofern sie angewendet werden, oft erwachsenenorientiert bzw. nicht auf die Adressaten zugeschnitten. Partizipation scheitert auch, so eine der Hypothesen die sich aus den Diskussionen in den verschiedenen Arbeitsfeldern ergibt, an Mängeln in der Ausbildung der Fachkräfte.

Sich dem Thema Partizipation arbeitsfeldübergreifend zu nähern, hat sich als ein lohnenswertes Unternehmen erwiesen. Die parallel stattfindenden, aber meist unverknüpften Diskussionen innerhalb der einzelnen psychosozialen Arbeitsfelder zur Umsetzung weitgehender Partizipation gewinnen an Überzeugungskraft, wenn sie stärker aufeinander bezogen werden. Vorhandene Argumentationen werden gestützt, neue entstehen. Neben der eigenen Sichtweise können so auch Impulse aus anderen Arbeitszusammenhängen für die eigene Arbeit gewonnen werden. Nach diesem in unseren Augen erfolgreichen Auftakt über die engen Grenzen des eigenen Handlungsfeldes hinaus zentrale fachliche Fragen zu diskutieren, würden wir uns freuen, wenn es an anderer Stelle die Möglichkeit gäbe, die hier begonnene Diskussion fortzuführen.

Wir bedanken uns bei allen, die an der Erstellung dieser Publikation mitgewirkt haben, für die gute Zusammenarbeit.

Die Gastherausgeber

Jasmin Mamier  Mike Seckinger

## ORIGINALIA

### **Patientenpartizipation in der ambulanten psychiatrischen Behandlung**

Peri Terzioglu

#### *Zusammenfassung*

Die Möglichkeit, sich an Entscheidungen zu beteiligen, ist für viele Patienten ein wichtiges Anliegen in der ärztlichen Behandlung. Gestützt auf Forschungsergebnisse und mit dem Ziel, Behandlungen effektiv und kostengünstiger zu gestalten, werden zunehmend Modelle zur Partizipation von Patienten entwickelt und erprobt. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung von Menschen mit Psychosen ist bisher noch nicht geklärt, wie gleichzeitig ihrer zeitweisen Hilfsbedürftigkeit Rechnung getragen werden und trotzdem ihr Einfluss auf die Behandlungsgestaltung gefördert werden kann. In diesem Artikel werden Ergebnisse einer an der Freien Universität Berlin zu diesem Thema durchgeführten Studie dargestellt. Es wird deutlich, dass es möglich ist, diese Patienten an Entscheidungen zu beteiligen und ihnen gleichzeitig einen sicheren Rahmen zu bieten. Als zentral erweist sich dabei u.a. eine stabile, vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient, die u.a. stark durch die vom Arzt gezeigte flexible und akzeptierende Haltung geprägt ist. Abschließend werden Rahmenbedingungen dieser Form der Zusammenarbeit diskutiert.

*Schlüsselwörter:* Partizipation, Arzt-Patient-Interaktion, Psychose, ambulante Behandlung, gemeinsame Entscheidungen Psychiatrie

#### *Abstract*

Shared decision making is an important concern in medical treatment. Based on research findings, models of patient participation are increasingly developed and tested with the intention to organise treatments effectively and more cost-efficient. Concerning ambulant medical treatment of persons with psychoses it is not clarified until now how their occasional need of help can be taken into account at the one hand and their influence on the actions undertaken can be furthered at the same time. Results are presented in this article which stem from a study conducted at the Freie Universität Berlin. It is evident that it is possible to participate patients in decisions and to enable them to act in a secure context at the same time. Central to this is a stable relationship between psychiatrist and patient, which amongst other things highly depends on a flexible, accepting attitude of the doctor. Finally the general framework of this form of co-operation is discussed.

*Keywords:* participation, doctor-patient-interaction, out-patient treatment, shared decision making, psychiatry

---

## Einleitung

Vor dem Hintergrund rechtlicher, ökonomischer und gesellschaftlicher Bedingungen, aber auch im Hinblick auf Forschungsergebnisse aus dem medizinischen, psychologischen und Public-Health-Bereich gibt es in den letzten Jahren vermehrt Forderungen nach einer Beziehung zwischen Arzt und Patient, die mehr Partizipation des Patienten an der Behandlungsgestaltung zulässt. *Patientenorientierung* ärztlichen Handelns, *partnerschaftliche Behandlungsformen* und Modelle der *geteilten Entscheidungsfindung* (shared decision making) oder der *informierten Einwilligung* (informed consent) sind Stichworte, die in der Fachliteratur zu diesem Thema diskutiert werden (vgl. beispielsweise Charles, Gafni & Whelan 1997; Fegert 1999; Koerfer, Köhle & Obliers 1994; Mead & Bower 2000; Roter 2000; Rothärmel 1999; Schwartz 1999, Zaumseil 2000).

Gute ärztliche Behandlung wird dabei auch in Zusammenhang gebracht mit einem größeren Maß an Symmetrie in der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Der „gute“ Arzt soll nicht mehr allein als medizinischer Experte auftreten, der ohne Absprache und Verhandlung mit dem Patienten Behandlungsentscheidungen trifft und darauf vertraut, dass der Patient die ärztlichen Anweisungen befolgt (vgl. Parsons 1951). Der „mündige“ Patient soll statt dessen umfassend informiert und so in die Lage versetzt werden, vor dem Hintergrund seines „Expertenwissens“ über die eigene Lebenssituation Entscheidungen bezüglich seiner ärztlichen Behandlung zu treffen.

Die oft eher implizite Grundlage der Konzepte zur Patientenbeteiligung und informierten Einwilligung ist die sog. *Einwilligungsfähigkeit* der Patienten. Das bedeutet, der Patient muss in der Lage sein, im medizinischen Sinne rationale Entscheidungen zu treffen, damit diese vom Arzt als bindend anerkannt werden

können. Dabei ist es schwer zu klären, ab wann die Verpflichtung zur Wahrung der Patientenautonomie mit der Fürsorgepflicht des Arztes kollidiert. Die Grenze zwischen dem Respektieren von Entscheidungen und der Wahrung der Autonomie von Patienten einerseits und der Gefahr, hilfsbedürftige Patienten zu überfordern (Hornung 1998), ihnen Schutz und Fürsorge zu entziehen (vgl. Prior 1993) andererseits, bleibt verschwommen.

## Was ist eine partizipative ärztliche Behandlung?

Bisher ist nicht exakt definiert und umfassend erforscht, wo Partizipation anfängt und wo sie genau aufhört und wie entsprechende Behandlungsformen jenseits programmatischer Forderungen in der Praxis umgesetzt werden können. Vorläufig möchte ich daher partizipative ärztliche Behandlung so definieren:

Es sind Bemühungen, eine Behandlung so zu gestalten, dass die Wünsche des Patienten einbezogen werden und er auf Entscheidungen Einfluss nehmen kann.

Der Arzt ist derjenige, der den Patienten einbezieht. Er kann Partizipation maßgeblich fördern.

## Das Forschungsprojekt

Um die Realisierung von Patientenpartizipation zu untersuchen, haben wir<sup>1</sup> 2000 an der Freien Universität Berlin im Fachbereich Klinische Psychologie und Gemeindepsychologie ein Projekt mit dem Titel *Formen und Bedingungen der Kooperation zwischen niedergelassenen Psychiatern und psychoseerfahrenen Patienten in der ambulanten Behandlung* begonnen.

Zentral ist hier, dass akute Psychosen die (unterstellte) rationale Entscheidungs- und Einwil-

<sup>1</sup> Betreuer des Projektes: Prof. Dr. Manfred Zaumseil; Durchführung: Peri Terzioglu

lungsfähigkeit der betroffenen Person stark einschränken und dazu führen können, dass der Arzt im Falle einer angenommenen akuten Selbst- oder Fremdgefährdung sogar gegen den erklärten Willen des Patienten handeln muss.

Häufig wechseln sich jedoch die akut psychotischen Phasen mit weitgehend symptomfreien Phasen ab. In den symptomfreien Phasen kann für viele Betroffene ein relativ normales Leben möglich sein, in dem sie wenig oder keine ärztliche Hilfe benötigen.

Die Frage ist also: Wie können kooperative Behandlungsformen zwischen Psychiatern und Personen gestaltet werden, die in manchen Situationen extrem hilfsbedürftig sind bzw. erscheinen und die in anderen Situationen durchaus in der Lage sind und das Recht für sich beanspruchen, in starkem Maße Einfluss und Kontrolle über ihr eigenes Leben auszuüben?

Die ambulante Behandlung wird dabei als besondere Kontextbedingung dieser Interaktion begriffen, da hier anders, als z.B. bei einem stationären Krankenhausaufenthalt, die Möglichkeit der Ärzte zur einseitigen Einflussnahme deutlich begrenzt ist und sie auf die freiwillige Mitarbeit der Patienten, zum Beispiel bezüglich der Einnahme von Medikamenten, angewiesen sind.

Wir vermuteten, dass vor dem Hintergrund dieser wechselnden Zustände der Patienten und dem „unsicheren“ Rahmen einer ambulanten Behandlung die Bereitschaft der Ärzte, sich auf gemeinsame Behandlungsplanungen mit den Patienten einzulassen mit ihrer Fürsorgepflicht kollidieren könnte und deshalb dieses Forschungsfeld die Grenzen partizipativer Behandlung besonders gut aufzeigen würde.

### **Beschreibung der Stichprobe**

Ich habe bei der Auswahl der Untersuchungsteilnehmer ein Vorgehen gewählt, das ungewöhnlich erscheinen mag, denn ich habe „entwickelte Fälle“ partizipativer Zusammenarbeit

gesucht. Die Forschungspartner waren also nur *Psychiater(innen)*, die in der Zusammenarbeit mit ihren Patienten die Möglichkeit zur Teilhabe an Entscheidungen zu schaffen bemüht sind. Einziges von mir gesetztes Kriterium für die teilnehmenden *Patienten* war das Vorliegen von Erfahrungen mit Psychosen, wobei *akute* Psychosen ein Ausschlussgrund waren.

Die Psychiater wurden durch Empfehlungen aus der gemeindepsychiatrischen „Szene“, durch ärztliche und psychologische Kollegen und aufgrund von Hinweisen von Patienten, die in einschlägigen Selbsthilfegruppen und Psychoseseminaren<sup>2</sup> organisiert sind, gefunden. Diese Ärzte sprachen wiederum einige ihrer Patienten an. Wenn die Patienten ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie signalisierten, stellten uns die Ärzte einander vor.

Insgesamt nahmen eine Psychiaterin und drei Psychiater sowie 28 Patient(innen) an der Studie teil.

Aufgrund der oben beschriebenen Samplingstrategie habe ich eine *heterogene Stichprobe* von Patienten erhalten, was die Dauer und Schwere der Erkrankung gemessen an der Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens angeht. Allerdings lebten die meisten Patienten, die ich interviewt habe, allein bzw. mit einem Partner und viele von ihnen gingen einer „normalen“ Arbeit nach. Sie waren, im Gegensatz zu vielen anderen Psychoseerfahrenen, neben dem Kontakt zum ambulant behandelnden Psychiater nur sehr lose in professionelle Hilfskontexte eingebunden.

### **Erhebungs- und Auswertungsmethoden**

Im Rahmen der Studie werden verschiedene qualitative Forschungsmethoden kombiniert.

---

<sup>2</sup> Psychoseseminare sind Veranstaltungen, deren Ziel es ist, „durch gleichberechtigten Austausch der drei Gruppen [psychiatrische Patienten, Angehörige, professionell Tätige] insgesamt und wechselseitig mehr zu erfahren, was Psychosen bedeuten und was Menschen in Psychosen brauchen“, Bock 1999, S.74

Es fand eine **teilnehmende Beobachtung** in zwei verschiedenen psychiatrischen Gemeinschaftspraxen statt. „*Das Eintauchen des Forschers in das untersuchte Feld, seine Beobachtung aus der Perspektive des Teilnehmers, aber auch sein Einfluss auf das Beobachtete durch seine Teilnahme*“ nennt Flick (1995) als wesentliche Kennzeichen teilnehmender Beobachtung. Konkret heißt das in dieser Studie: Ich saß im Wartezimmer, an der Anmeldung und im Pausenraum der Praxen und beobachtete, was passierte. Dabei interessierten mich „typische“ Abläufe von Patiententerminen, also der Prozess, in dem sich die Beteiligten befinden, von dem Moment an, wo der Patient die Praxis betritt, bis zu dem, wo er sie verlässt. Dabei führte ich auch Gespräche mit Mitarbeitern der Praxis oder mit Patienten und protokollierte das Beobachtete oder Gehörte noch in der Praxis.

Außerdem wurden mit dem Einverständnis der Beteiligten reguläre Behandlungstermine beobachtet und auf Tonband aufgezeichnet, um nachvollziehbar zu machen, wie Partizipation in der konkreten Interaktion realisiert wird.

Schließlich wurden **problemzentrierte Interviews** mit den Patienten und Psychiatern geführt.

Die Datenerhebung und -auswertung geschieht vor dem theoretischen Hintergrund der **Grounded Theory**, einer Forschungsmethode, die in der Tradition des Symbolischen Interaktionismus steht und von B. Glaser und A. Strauss (Glaser & Strauss, 1967) entwickelt wurde. Ziel dieser Methode ist eine Entwicklung von Theorien aus dem beforschten Material heraus. Dabei nähert sich der Forscher dem Material nicht mit einer expliziten Hypothese, die er auf ihre Gültigkeit hin überprüft, sondern er entwickelt offene Fragen zunächst an das Feld und später an den Text. Im Text beschriebene oder angedeutete Phänomene werden bei der Auswertung Etikette (Kodes, Kategorien) zuge-

ordnet, die immer weiter zusammengefasst und gruppiert werden. Ziel ist es, Zusammenhänge zwischen verschiedenen Themenbereichen oder Kategorien zu erkennen, die Kategorien zu hierarchisieren und schließlich eine Theorie über den beforschten Gegenstandsbereich zu entwickeln. Zentral ist dabei die immer wieder stattfindende Überprüfung der gefundenen Kategorien am Text, um so eine in den Daten begründete (grounded) Theorie zu erhalten.



## Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten stelle ich *mosaikartig* Beispiele partizipativer Zusammenarbeit dar. Nicht alle Ärzte zeigen dasselbe Verhalten, nicht alle Patienten haben dieselben Ansprüche. Es ist auch nicht mein Ziel, Mehrheitsangaben zu machen. Vielmehr soll ein Möglichkeitsraum eröffnet werden, wie Partizipation von Patienten mit Psychosen in der ambulanten psychiatrischen Behandlung aussehen kann.

### Ergebnisse I

#### **Entscheidungssituationen**

- a) Besteht akuter ärztlicher Handlungsbedarf?  
Soll der Arzt eingreifen oder nicht?
- b) Krankenschreibungen / Berentungen
- c) Art und Dosierung der Medikamente / Verzicht auf Medikamente
- d) Abstände zwischen Behandlungsterminen

- e) Beginn von Krankenhausaufenthalten
- f) Soll die Behandlung bei diesem Arzt fortgesetzt werden?

Ab wann diagnostiziert ein Arzt eine ernst zu nehmende Androhung des Patienten zum Suizid und handelt entsprechend (a)? Ab wann versteht er dessen Drohung, andere Menschen anzugreifen, als konkret genug, um gegen den Willen des Patienten eine Klinikeinweisung zu veranlassen? In welchem Zustand erscheint ihm der Patient nicht mehr arbeitsfähig und er befürwortet eine Berentung oder stellt eine Krankschreibung aus (b)? Diese teilweise sehr folgenschweren Entscheidungen liegen vor allem in der **Entscheidungsmacht des Arztes**.

Auf die Dosierung der Medikamente (c), die Abstände zwischen den Behandlungsterminen (d) und den Beginn von Krankenhausaufenthalten (e) haben **sowohl Ärzte als auch Patienten Einfluss**. Wenn ein Patient nicht explizit in diese Entscheidungen einbezogen wird, kann er die Dosis der Medikamente eigenständig variieren, einen Behandlungstermin nicht wahrnehmen oder sich nicht melden, wenn eine akute Psychose auftritt und ein Klinikaufenthalt ansteht.

Und schließlich bleibt dem Patienten immer die Möglichkeit, die Behandlung bei einem Arzt abzubrechen (f). Es deutet viel darauf hin, dass die Patienten überprüfen, ob der Arzt in dem für sie ausreichenden Maße ihre Belange umsetzt, also die unter a) bis e) geschilderten Entscheidungen in ihrem Sinne vollzogen werden. Wenn ja, beziehen sie ihn ihrerseits ein, zum Beispiel, indem sie ihn als externen Beobachter ihres Zustands einsetzen. Wenn nicht, brechen sie die Behandlung ab.

Wichtig ist an diesem Punkt Folgendes: Die Ärzte, die an meiner Studie teilgenommen haben, geben in den überwiegenden Fällen den

Patienten die Möglichkeit zur Einflussnahme auf alle geschilderten Entscheidungssituationen.

## Ergebnisse II

---

### Kennzeichen der Partizipation

- a) Akzeptanz, Respekt, Wertschätzung
- b) Beziehungs- und Hilfsangebot bei Konflikten aufrechterhalten
- c) Flexible Verantwortungsübernahme, Stellvertretende Entscheidungen
- d) Flexibilität bei Medikamentenverordnung
- e) Zeit
  - Länge der Behandlungstermine
  - Zeit für persönliche Entwicklung
- f) Erfahrungen einbeziehen
  - Patientenerfahrungen
  - gemeinsame Erfahrungen
- g) Gesprächsstil
  - offene Fragen stellen
  - Anteilnahme und Wertschätzung äußern
  - Handeln begründen (besonders bei Konflikten)
  - natürliche, respektvolle Umgangsformen wahren

---

Woran erkennen Patienten, dass der Arzt bereit ist, ihre Ziele in die Behandlung einzubeziehen?

Viele Patienten nennen hier vor allem das Gefühl, der Arzt stehe grundsätzlich auf ihrer Seite und begegne ihnen mit einem großen Maß an Akzeptanz. Ein Beispiel ist hier eine Patientin, die sich über lange Zeit körperlich verwahrlosen ließ. Sie sagt, ihr Psychiater habe sie auch in diesem Zustand akzeptiert, bis sie beschlossen habe, sich wieder zu waschen. Sie benennt das Zutrauen, dass der Arzt signalisiert habe, als wichtige Voraussetzung für ihren Genesungsprozess.

Das, was die Patienten außerdem als *Respekt* und *Wertschätzung* wahrnehmen, drückt sich in bestimmten Verhaltensweisen der Ärzte aus:

### **Beziehungs- und Hilfsangebot aufrecht erhalten**

Wichtig, um die Partizipation der Patienten zu fördern, ist zunächst, dass der Arzt das Beziehungs- und Behandlungsangebot selbst dann aufrecht erhält, wenn über die Behandlungsstrategien Uneinigkeit herrscht.

Ich habe miterlebt, wie sich ein Psychiater und ein Patient über dessen Cannabiskonsum auseinandersetzten. Während der Psychiater die Risiken stark in den Vordergrund stellte, betonte der Patient die angenehme Wirkung des Rauchens. Am Ende des Gesprächs blieb der Konflikt zwischen Patient und Psychiater offen. Dennoch versicherte sich der Arzt eindringlich und mit einem sehr freundlichen Ton, ob der Patient wisse, dass er jederzeit kommen könne, wenn er Hilfe brauche.

### **Flexibilität bei Verantwortungsübernahme**

Zentral ist außerdem der Umgang mit der zeitweisen Hilfsbedürftigkeit der Patienten. Viele Patienten formulierten den Eindruck, dass die Psychose sie daran hindere, eigenständige und aus psychosefreier Sicht vernünftige Behandlungsentscheidungen zu treffen. Daher findet eine befristete Delegation der Verantwortung an den Arzt statt. Dieser soll durch aktives Handeln die Patienten „vor sich selbst schützen“, wie es ein Patient formulierte.

Eine Frau schilderte mir sehr drastisch, wie das Nicht-Handeln von Ärzten und Therapeuten im Vertrauen auf ihre Selbstverantwortlichkeit fast dazu geführt hätte, dass sie sich während einer akuten Psychose suizidiert hätte. Die Psychiaterin wäre ihre Rettung gewesen, weil sie zunächst ohne Einverständnis der Patientin ein Bett in einem Krankenhaus außerhalb der Regelversorgung organisiert und sie dann vor dem Hintergrund dieser geschaffenen Tatsachen davon überzeugt habe, in die Klinik zu gehen.

Das, was die Ärzte in diesen Krisenzeiten tun, scheint in vielen Fällen adäquat zu sein. Viele Patienten bewerteten die Behandlungsentscheidungen, die die Ärzte treffen, als stellvertretende Entscheidungen in ihrem Sinne. Die Kenntnis über die Wünsche der Patienten erhalten die Ärzte aus früheren Behandlungsterminen, aus gemeinsamen Erfahrungen, aber auch über Gespräche mit beteiligten Psychotherapeuten.

Wichtig sei nach Aussagen einiger Patienten aber, dass die Ärzte sie so lange wie möglich ihren Weg gehen ließen und auch schnell wieder bereit seien, sie an weiteren Behandlungsentscheidungen zu beteiligen.

### **Flexibilität mit Medikamenten**

Viele Patienten sagten mir, die Bereitschaft der Ärzte, ihre Wünsche einzubeziehen, zeige sich vor allem an der Reduktion der Medikamentendosis. Einige Patienten nehmen in Absprache mit dem Arzt keine Medikamente bis zu dem Zeitpunkt, wo sie das Auftreten psychotischer Symptome bemerken.

### **Zeit**

Ein weiterer wichtiger Indikator für die Bereitschaft der Ärzte, Patienten zu beteiligen, ist die Zeit, die sie ihnen zur Verfügung stellen: Sowohl die Länge der Behandlungstermine als auch die Länge der Zeiträume, die sie Patienten für persönliche Entwicklungen zugestehen, werden hier genannt. Die Patienten erleben die Länge der Behandlungstermine als abhängig von ihren Bedürfnissen. Das kann bedeuten, dass ein Gespräch 40 Minuten dauert – auch wenn das Wartezimmer voll ist.

Die befragten Ärzte formulieren die Überzeugung, dass persönliche Entwicklungen viel Zeit bräuchten. Oft sind es die Psychiater, die die langfristige Perspektive in den Gesprächen mit den Patienten betonen und auf schon Erreichtes hinweisen, auch wenn die aktuelle Lage schwierig erscheint. Rückschläge in der

Behandlung – zum Beispiel das Auftreten von Psychosen nach dem Absetzen von Medikamenten – werden dann nicht als Endpunkt gewertet, sondern als Teil des Weges zu einem individuellen Umgang mit der Krankheit.

### **Erfahrungen einbeziehen**

Die Erfahrungen der Patienten haben einen wichtigen Platz in den untersuchten Modellen der Zusammenarbeit. Frühere Erfahrungen – zum Beispiel mit Medikamenten – werden als Informationsquelle für aktuelle Entscheidungen hinzugezogen.

Die Erfahrungen der Patienten spielen auch eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, einen Notfallplan für beginnende Psychosen zu erstellen. Die Patienten wissen selbst oft sehr genau, wie sich bei ihnen eine Psychose ankündigt. Das gemeinsame Erforschen erster Anzeichen mit dem Psychiater, die sich daraus entwickelnde Kompetenz sind entscheidend für die Unterstützung ihrer Eigenständigkeit.

Außerdem fördern die Ärzte explizit Erfahrungen der Patienten. Obwohl sie annehmen, dass eine Behandlung ohne Medikamente das Risiko erneuter Psychosen erhöht, folgen sie den Wünschen der Patienten nach Absetzen der Medikamente. Die gemeinsamen Erfahrungen, die Ärzte und Patienten dann machen, dienen beiden Seiten als wichtige Referenzpunkte in der weiteren Behandlung.

Schließlich sind die Erfahrungen, die der Arzt in der Behandlung eines Patienten macht, eine Voraussetzung dafür, dass er den Hilfsbedarf adäquat einschätzen kann.

### **Gesprächsstil**

Die Gespräche, die Ärzte und Patienten führen, sind ein zentrales Mittel, um Patientenbeteiligung zu ermöglichen. Sie sind geprägt durch ein hohes Maß an zeitlicher Verfügbarkeit der Ärzte. Außerdem zeichnen sie sich aus durch das, was im Allgemeinen unter dem Schlag-

wort „psychotherapeutische Basiskompetenzen“ zusammengefasst wird:

Die Ärzte stellen viele offene Fragen, besonders zu Beginn der Behandlung. Sie äußern Anteilnahme und Wertschätzung für die Lösungsversuche und die schwierige Situation der Patienten. Sie begegnen den Verhaltensweisen der Patienten nicht moralisierend und verurteilend, selbst wenn diese „normalen“ Verhaltensweisen widersprechen. Die Ärzte begründen ihr Handeln, besonders in Konflikt- und Krisensituationen. Damit werden ärztliche Handlungen für den Patienten eher nachvollziehbar und leichter akzeptierbar. Sie wahren natürliche und respektvolle Umgangsformen. Zum Beispiel die Patienten an der Wartezimmertür abzuholen, ihnen die Hand zu geben und sie dabei anzusehen; oder während des Gesprächs die Patienten anzuschauen und sie ausreden zu lassen; Telefonate entweder nicht während des Gesprächs entgegen zu nehmen oder sich wenigstens hinterher für die Störung zu entschuldigen.

### *Ergebnisse III:*

#### ***Bedingungen der Partizipation***

- Zustand des Patienten
- Vertrauensvolle, stabile Beziehung zwischen Arzt und Patient
  - fördert Inanspruchnahme des Arztes durch den Patienten
  - „noncompliance“ spielt keine Rolle mehr
  - fördert Bereitschaft der Patienten, eigene Wünsche zu äußern
  - - notwendig, damit Arzt sich auf Patienten verlassen kann

Es verwundert nicht, dass sowohl Ärzte als auch Patienten das Ausmaß, in dem eine Beteiligung der Patienten an Behandlungsentscheidungen erfolgen soll, abhängig machen vom *Zustand der Patienten*. Viele Patienten haben den Anspruch, vom Arzt in akuten Psychosen geschützt zu werden, selbst wenn das eine verminderte Einflussnahme für sie bedeutet. In psychosefreien Zeiten solle er seine Behandlung maßgeblich an ihren Wünschen ausrichten. Entsprechend scheinen es die Ärzte zu sehen und sich zu verhalten.

Das Vorliegen einer stabilen und vertrauensvollen Beziehung ist schließlich die wichtigste Voraussetzung für die Realisierung einer partizipativen Behandlung. Nur, wenn die Patienten dem Arzt vertrauen, nehmen sie ihn als Unterstützer in Anspruch. Wenn sie aus der Erfahrung mit ihm wissen, dass er sie auch in einer akuten Psychose als Verhandlungspartner ernst nimmt, treffen sie mit ihm gemeinsam die oft unangenehme Entscheidung, in die Klinik zu gehen.

Auch „noncompliance“ spielt in einer vertrauensvollen Beziehung eine deutlich geringere Rolle, da die Patienten offen darüber berichten, wenn sie Medikamente eigenständig dosieren.

Außerdem machen die Patienten in der Zusammenarbeit mit dem Arzt die Erfahrung, dass es möglich ist, eigene Wünsche zu äußern, ohne dass die Umwelt sie sofort als „verrückt“ zurückweist. Einfach gesagt: Der Arzt bleibt, obwohl sie eigene Wege gehen wollen.

Aufgrund dieser Erfahrung trauen sie sich zunehmend zu, eigenständig kompetent mit ihrer Erkrankung umzugehen.

Um nicht fahrlässig zu handeln, muss der Arzt sich umgekehrt darauf verlassen können, dass ein Patient sich meldet, wenn er akut Hilfe benötigt. Das wird besonders dann für einen Arzt entscheidungsleitend, wenn er sich darauf einlässt, Medikamente abzusetzen.

## **Zusammenfassung und Ausblick**

Es ist sinnvoll den Begriff der Partizipation zu erweitern: Es geht nicht nur, wie ich eingangs formulierte, darum, dass Ärzte Patienten einbeziehen. Vielmehr scheint dies eher die Voraussetzung dafür zu sein, damit Patienten ihrerseits den Arzt in die Bewältigung ihrer Krankheit einbeziehen und die Behandlung fortsetzen.

Die vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass es möglich ist, eine partizipative Behandlung mit psychoseerfahrenen Patienten zu realisieren. Damit deren zeitweiser Hilfsbedürftigkeit Rechnung getragen wird, ist eine stabile Behandlungsbeziehung die Voraussetzung.

Eine partizipative Behandlung drückt sich in diesem Kontext besonders in einer flexiblen Übernahme und Rückgabe von Verantwortung aus. Ausschlaggebend ist der Zustand des Patienten. Viele Patienten messen die Bereitschaft der Ärzte zur Partizipation unter anderem daran, ob diese bereit sind, Medikamente zu reduzieren.

Die meisten Patienten, die ich befragt habe, sind in der Lage, ein großes Maß an Eigenständigkeit zu leben. Der ambulante Psychiater erfüllt hier eine wichtige Funktion: Wenn es möglich ist, den Wunsch vieler Patienten nach einem Leben ohne Medikamente unter Teilnahme eines Psychiaters zu realisieren, ist es eher wahrscheinlich, dass dieser bei einer beginnenden Psychose frühzeitig eingeschaltet wird. Krankenhausaufenthalte, die in starkem Maße die gesellschaftliche Teilhabe gefährden, können so möglicherweise verhindert werden.

Neben den anderen Bestimmungsstücken einer partizipativen Behandlung scheint der Faktor Zeit für Behandlungsgespräche und ärztliche Verfügbarkeit wichtig zu sein. Wenn Patienten wissen, dass sie bei Bedarf auch kurzfristig Kontakt zu ihrem Arzt aufnehmen können und dieser sich in langen und häufigen Gesprächen

Zeit für sie nimmt, können sie eher ein „normales“ Leben führen – was auch bedeuten kann, Risiken einzugehen, eigene Belastungsgrenzen zu erproben und zu erforschen, inwieweit ein Leben ohne Medikamente möglich ist.

Allerdings sind die Bedingungen für die Realisierung entsprechender Behandlungsformen im derzeitigen Kassensystem denkbar schlecht. Die Zeit, die die Ärzte den Patienten zur Verfügung stellen, ist kaum abrechenbar und somit abhängig von deren Bereitschaft, auch ohne Bezahlung zu arbeiten.

Das Bemühen der Ärzte, sich auf die Wünsche der Patienten einzulassen und die Partizipation zu fördern, kann sich auch darin äußern, dass sie die viel teureren, aber aufgrund der geringeren Nebenwirkungen bei vielen Patienten beliebten atypischen Neuroleptika verschreiben. Während dies für Patienten noch selbstverständlich erscheint, gibt es immer häufigere Berichte darüber, dass ambulante Ärzte diese Medikamente nicht verschreiben, weil sie damit schnell das ihnen zugestandene Medikamentenbudget überschreiten. Wenn sie es doch tun, kann es sein, dass sie sich Regressforderungen der Krankenkassen gegenübersehen, wie dies bei einem der befragten Psychiater der Fall ist. Menschen mit wiederkehrenden Psychosen werden so aus Kostengründen ggf. zu unattraktiven Praxisbesuchern.

Die Erfahrungen aus diesem Projekt machen deutlich, dass Partizipation ein Konzept ist, das auch mit vielen psychoseerfahrenen Patienten realisierbar und sinnvoll ist. Allerdings ist es dazu erforderlich, entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Partizipation nicht zum Luxusgut wird bzw. den „idealistischen Überzeugungstätern“ unter den Ärzten vorbehalten bleibt.

Aufgrund des Studiendesigns ist schließlich nicht eindeutig zu klären, ob durch den partizipativen Umgang der Ärzte die Eigenständigkeit der Patienten langfristig gefördert wird oder ob die Fähigkeit der Patienten, weitgehend eigenständig zu leben, eine Voraussetzung für diesen Behandlungsstil ist. Obwohl einige Aussagen der Patienten darauf hindeuten, dass ihr selbstbestimmter und verantwortungsvoller Umgang mit der Psychose und damit auch die gelebte Autonomie mit dem Behandlungsstil der Ärzte in deutlichem Zusammenhang stehen, wäre es auch möglich, dass die vorliegenden Ergebnisse nur auf eine bestimmte Patientengruppe anwendbar wären. Weitergehende Untersuchungen müssten dann klären, inwieweit und auf welche Weise Partizipation bei durch ihre Psychose schwerer beeinträchtigten Menschen realisierbar wäre.

## Literatur

Bock, T. (1999): *Lichtjahre. Psychosen ohne Psychiatrie*. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Charles C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997): Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). In: *Social Science and Medicine*, 44(5), S. 681-692

Fegert, J. M. (1999): Patienten- und Elternaufklärung beim Einsatz atypischer Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie. In: In J. Fegert, F. Häßler, S. Rothärmel, *Atypische Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie*. Stuttgart (Schattauer)

Flick, U. (1995): *Qualitative Forschung*. Reinbek bei Hamburg (Rohwolt)

- Glaser, B. & Strauss, A. (1976): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago
- Hornung, W. P. (1998): *Psychoedukation und Psychopharmakotherapie. Zur Kooperation schizophrener Patienten*. Stuttgart (Schattauer)
- Koerfer, A., Köhle, K. & Obliers, R. (1994): *Zur Evaluation von Arzt-Patient-Kommunikation – Perspektiven einer angewandten Diskursethik in der Medizin*. In: A. Redder & I. Wiese (Hrsg.), *Medizinische Kommunikation*. Opladen (Westdeutscher Verlag), S. 54-94
- Mead, N. & Bower, P. (2000): *Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature*. In: *Social Science & Medicine*, 51, S. 1087-1110
- Parsons, T. (1951). *The social system*. IL: Free Press.
- Prior, L. (1993). *The Social Organisation of Mental Illness*. London (Sage)
- Roter, D. (2000): *The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship*. In: *Patient Education and Counseling*, 39, S. 5-15
- Rothärmel, S. (1999). *Die Einwilligungsfähigkeit – ein janusköpfiges Institut*. In J. Fegert, F. Häßler, S. Rothärmel, *Atypische Neuroleptika in der Jugendpsychiatrie*. Stuttgart (Schattauer), S. 33
- Schwartz, F. W. (1999): *Mehr Patientenorientierung durch die Gesundheitsreform 2000?! In: Forum Public Health. Organ der Deutschen Gesellschaft für Public Health*, 26, S. 9-11
- Zaumseil, M. (2000). *Möglichkeiten der Verständigung über Medikamente. Wie kommen Professionelle und Betroffene zu gemeinsamen Entscheidungen? In: A. Knuf & A. Seibert, Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn (Psychiatrie Verlag), S. 196-210

### **Autor**

- ✉ Dipl.-Psych. Peri Terzioglu, Reformstudien-  
gang Medizin, Charité, Humboldt Universität  
zu Berlin, Unter den Linden 6, 10099 Berlin,  
E-mail: Peri.Terzioglu@charite.de

# **Professionelle Widerstände gegen Partizipation und Empowerment - Über die Schwierigkeit KlientInnen als Subjekte anzuerkennen**

Ralf Quindel

## *Zusammenfassung*

Woher kommt die Schwierigkeit sich auf Empowermentprozesse und Partizipation von KlientInnen einzulassen? Diese Frage wird am Beispiel der sozialpsychiatrischen Arbeit diskutiert. Aus Interviewausschnitten werden mit Hilfe von diskurs- und metaphernanalytischen Methoden professionelle Haltungen herausgearbeitet, die Empowerment zuwiderlaufen: Der therapeutische Blick, der sich auf die KlientInnen und ihre Probleme richtet, aber die eigene Autorität nicht in Frage stellt und die fehlende Kritik an psychiatrischen Institutionen. Mit Hilfe systemisch-konstruktivistischer Ansätze und der Diskursethik von Habermas werden schließlich Möglichkeiten für Partizipation und Empowerment auf dem Hintergrund aktueller sozialpolitischer Entwicklungen beschrieben.

*Schlüsselwörter:* Diskursanalyse, Empowerment, Konstruktivismus, Neoliberalismus, Partizipation, Sozialpsychiatrie

## *Abstract*

The article deals with problems professionals in community mental health services have with the empowerment and participation of clients. Interviews with professionals are analysed using discourse analysis and metaphor analysis. The therapeutic view on the clients and their problems does not question the own authority and does not criticise the psychiatric institutions and therefore runs contrary to the concept of empowerment. With systemic constructivism and with the discourse ethics of Habermas some perspectives of empowerment and participation are described on the background of developments in social policy.

*Keywords:* Discourse analysis, Empowerment, Constructivism, Neoliberalism, Participation, Community mental health service

Obwohl schon seit einigen Jahren Begriffe wie Empowerment und Partizipation<sup>1</sup> in der psychosozialen Diskussion kursieren, scheint sich in der alltäglichen Praxis noch nicht allzu viel geändert zu haben. Zumindest in den Interviews, die ich im Rahmen meiner Dissertation mit MitarbeiterInnen aus Sozialpsychiatrischen

Diensten geführt habe, zeigt sich, dass die Diskussion dort noch nicht angekommen ist. Den Begriff „Empowerment“ haben fast alle schon gehört, aber er bleibt abstrakt und ohne konkreten Bezug zur eigenen Arbeit.

Woher kommt die Schwierigkeit sich auf Empowermentprozesse und Partizipation von KlientInnen einzulassen? Diese Frage möchte ich am Beispiel der sozialpsychiatrischen Arbeit diskutieren, denke aber, das sich vieles auch auf andere psychosoziale Felder übertragen lässt. Ich werde zunächst einen Überblick über die Fragestellung und das methodische Vorgehen meiner Untersuchung geben. Daran anschließend zeige ich anhand von zwei Interviewpassagen einige der professionellen Hal-

<sup>1</sup> Der Begriff Empowerment bezieht sich auf den Prozeß der Ermächtigung der KlientInnen, Partizipation ist Ergebnis und Bedingung für diesen Prozess. Ich benutze die Begriffe Empowerment und Partizipation in Bezug auf ihren gemeinsamen Kern synonym: Aus der Sicht von Professionellen bedeutet Empowerment ebenso wie Partizipation, KlientInnen nicht als EmpfängerInnen von Hilfsangeboten zu betrachten, sondern als handlungsfähige, selbstverantwortliche Subjekte. Damit verbunden ist die Neudefinition der eigenen Rolle, vor allem der Verzicht auf die machtvolle Expertenposition. Der Professionelle wird vom Wissenden zum Fragenden, der verhandelt statt behandelt.

tungen auf, die Empowerment und Partizipation zuwiderlaufen. Am Schluss stehen Überlegungen, welche Konsequenzen aus diesen Untersuchungsergebnissen für das Empowermentkonzept und die Stärkung der Partizipation von KlientInnen gezogen werden können.

Da ich mich mit meiner Untersuchung noch in der Auswertungsphase befinde, sind die folgenden Ergebnisse nicht als repräsentativ oder endgültig zu verstehen. Die angeführten Interviewzitate können lediglich als Beispiel und Illustration meiner Thesen gelten.

## 1 Darstellung der Untersuchung

**Empirische Grundlage** der Untersuchung sind halbstrukturierte Interviews mit PsychologInnen und SozialpädagogInnen aus Sozialpsychiatrischen Diensten in Bayern. „Sozialpsychiatrische Dienste wurden in den 70er Jahren im Rahmen der Psychiatriereform als Alternative und Ergänzung zu der Versorgung durch niedergelassene NervenärztInnen und psychiatrische Kliniken (vgl. Keupp 1998) gegründet, um dem psychiatrisierten Klientel ein möglichst selbständiges Leben außerhalb der Klinik, in der Gemeinde zu ermöglichen. Sozialpsychiatrische Arbeit dient, ganz im Sinne des Empowerment, der Erweiterung der individuellen Handlungskompetenz im Alltag durch psychologische Beratung, der Unterstützung von sozialen Kontakten im Wohn- und Arbeitsumfeld in Form von Netzwerkarbeit (vgl. Keupp 1987) und der Sicherung von materiellen Ressourcen, z.B. durch Unterstützung bei Schwierigkeiten mit Behörden oder durch Schaffung von betreuten Arbeitsplätzen und Wohngemeinschaften.“ (Quindel 2000 S. 100). Mich interessierte die **Frage**, ob und wie Empowermentansätze in dem Selbstkonzept der Professionellen, in ihrer Beschreibung der eigenen Arbeit zu finden sind. Auf ein direktes Nachfragen zum Thema „Empowerment“ erwartete ich wenig Resonanz und eine große

Tendenz zur sozialen Erwünschtheit, sodass ich mein Thema zunächst etwas weiter formulierte: Wie beschreiben Professionelle die helfende und die kontrollierende Seite ihrer Arbeit? Wie sprechen sie über psychische Gesundheit, wie über Krankheit? Wie thematisieren sie ihre eigene Befindlichkeit (Angst, Lust, Ärger), ihre Motivation? Die konkreten Interviewfragen bezogen sich auf die Motive und Ziele in der Arbeit, auf Konflikte in der Beziehung mit den KlientInnen, auf den Spaß und die Freude und die Angst im Kontakt mit den KlientInnen.

Die Auswertung bezieht sich auf zwei Ebenen:

- 1) Die Professionellen sprechen nicht als Privatpersonen in den Interviews, sondern in ihrer professionellen Rolle. Diese Rolle wird unter anderem geprägt von institutionellen Regelungen, therapeutischen Fortbildungen, wissenschaftlichen Ausbildungen, der Diskussion in der Fachliteratur und der rechtlichen Situation. Ich interessiere mich deswegen für die diskursive Einbettung der Aussagen: Welche Verbindungen bestehen zwischen den individuellen Konstruktionen der Professionellen und den institutionellen Regelungen der Sozialpsychiatrie? Welche politischen, welche sozialwissenschaftlichen Diskurse spiegeln sich in den Aussagen der MitarbeiterInnen? Ich untersuche also nicht die individuellen und biografischen Hintergründe für die professionellen Haltungen, sondern ich betrachte die Institution und die psychosozialen Wissenschaften als Hintergrund für die Äußerungen. Zunächst bestimme ich die Sprecherposition: Wer spricht? Spricht der Psychologe als Therapeut, Pädagoge, Verwaltungsleiter oder als Verantwort-

licher für die öffentliche Ordnung? Des weiteren interessieren mich diskursive Anknüpfungen (vgl. Jäger 1999): Von wem erhält die Sprache ihren Wahrheitsanspruch? Lässt sie sich auf politische, juristische, pädagogische Normen gründen? Nutzt sie medizinische oder ökonomische Diskurse? Spielen auch religiöse oder esoterische Diskurse eine Rolle?

- 2) Als Psychologin interessiere ich mich jedoch nicht nur für die diskursive, kognitive Ebene sondern auch für Hinweise auf die emotionale Beziehung der Professionellen mit den KlientInnen: Welche Faszination, welche Ängste löst die Begegnung mit dem Abweichenden, dem Fremden, dem Wahnsinn aus? Wie gehen die Professionellen mit der Verführung der therapeutischen Macht um (vgl. Schmidbauer 1986)? Meines Erachtens wird die emotionale, die unbewusste Seite in der Empowermentdiskussion vernachlässigt, deswegen soll darauf ein besonderer Augenmerk gerichtet werden. Als methodischen Zugang habe ich die Metaphernanalyse gewählt (Schmitt 1997). Metaphern transportieren versteckte Bedeutungen, damit hoffe ich auf unbewusste Inhalte zu stoßen.



**Ziel** der Untersuchung ist es, hemmende und fördernde Bedingungen für eine Empowerment-Haltung aus den Interviews herauszuarbeiten. Welche Bedingungen, welche Argu-

mentationen, welche Diskurse fördern ein professionelles Selbstverständnis, das den Klienten als Subjekt anerkennt, das die Beziehung als verhandelbar betrachtet, das die eigene emotionale Verstrickung berücksichtigt und den Kontrollauftrag reflektiert? Was verhilft den Professionellen zu einer Sicht auf sich selbst, auf die Arbeit und die KlientInnen, die Empowerment und Partizipation ermöglicht?

Als ersten Schritt der Auswertung habe ich Aussagen aus den Interviews zum Thema „Einweisung in die Psychiatrie“ gesammelt. In der Thematik zeigt sich die kontrollierende Seite der Tätigkeit am deutlichsten, weil häufig auch gegen den Willen der KlientInnen eine Einweisung eingeleitet wird. Aus der Fülle von Interviewpassagen habe ich zwei ausgewählt, die für das Thema dieses Beitrags, die „Schwierigkeit KlientInnen als Subjekte anzuerkennen“, interessant sind.

## 2 Erzählungen über die Einweisung in die psychiatrische Klinik

Carsten ist Psychologin und arbeitet in einem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) in Bayern. Die folgende Passage folgt auf eine Sequenz, in der Carsten von seiner Angst erzählt, die er bei dem Besuch einer Klientin verspürt, die mit Suizid gedroht hat.

Interviewer: „Ja. Vielleicht fällt Ihnen noch eine Situation ein, die beängstigend war.“

Carsten: „(...) Beängstigend ist (...) fast jede Situation für mich, wo (...) Gewaltandrohung im Raum steht, körperliche Gewaltandrohung, Zwangsmaßnahmen im Raum stehen. Weil es nicht gelang, dem Klienten es einsichtig zu machen, dass ein Klinikaufenthalt doch was sehr sinnvolles sei. Und da macht mir einfach diese Zwangssituation Angst, wenn die Polizisten die Handschuhe vom Gürtel holen und sie

*anziehen. Das betrifft mich immer sehr und belastet mich dann furchtbar.“*

Bevor ich zu einer Interpretation der Passage komme, möchte ich den Weg dorthin, die einzelnen Auswertungsschritte dokumentieren.

- a) Sprecherposition: Carsten (Pseudonym) spricht aus der Position des Therapeuten, dem es nicht gelang, dem Klienten etwas einsichtig zu machen. Zum Schluß, wie zu Beginn der Äußerung wählt er eine selbst-reflexive Position, er spricht über seine Belastungen und Ängste.
- b) Diskursive Anschlüsse: Die Begriffe „Gewaltandrohung“ und „Zwangmaßnahmen“ entstammen dem juristischen Diskurs, die folgenden Äußerungen („Einsichtig“, „betrifft mich“, „belastet mich“) einem psychologischen Diskurs.
- c) Metaphern: Sie beziehen sich auf Raum als Behältnis („einfallen“, „im Raum stehen“ „sinnvoll“), Blick („uneinsichtig“) und Körper („betrifft“, „belastet“).

Initiiert wird die Äußerung durch meine Frage nach einer Situation, die beängstigend ist. Mit dem Begriff „Angst“ eröffne ich den psychologischen Diskurs. Ich frage, was ihm „einfällt“, spreche also aus einer therapeutischen Position, die nach spontanen, assoziativen „Einfällen“ fragt.

Nachdem Carsten die Frage aufnimmt, spricht er von der „Gewaltandrohung“, der „Zwangmaßnahme“, die groß, bedrohlich und merkwürdig schwebend im Raum steht. Carsten tritt als Therapeut auf und versucht dem Klienten etwas „einsichtig zu machen“. Doch der Klient bleibt uneinsichtig, trübe. Der Begriff „Klinikaufenthalt“ klingt etwas nach Ferien oder Kur-aufenthalt, ist auf jeden Fall etwas „sinnvolles“, also eine moralisch-ethisch positiv zu

bewertende Sache. Dann bekommt Carsten Angst, weil die Ordnungsmacht, die Polizei auf den Plan tritt. Er selbst fühlt sich körperlich getroffen, beschädigt.

Die Überforderung, die Komplexität in der Situation der Zwangseinweisung wird reduziert, indem auf therapeutische Konzepte zurückgegriffen wird und die eigene Verantwortung an der Ordnungsmaßnahme ausgeblendet wird. Die Polizisten bekommen den Part der Vollstrecker der Ordnung. Die Klinik erscheint positiv, die Uneinsichtigkeit des Klienten ist das Problem. Zentral in dieser Argumentation ist also die Uneinsichtigkeit des Klienten, der kontrollierende Blick lastet auf ihm, die Klinik als Institution wird nicht problematisiert. Die Einweisung erscheint zwangsläufig: Weil die Psychologie, der Therapeut gescheitert ist, die Seele des Klienten nicht erreicht hat, tritt das Recht, die Ordnungsmacht auf den Plan und bezieht sich auf den Körper des Klienten. Carsten bleibt nur noch den psychologischen Blick auf seine eigene Betroffenheit zu lenken. Die Position des Verantwortlichen, der die Einweisung anordnet (Arzt oder Richter) bleibt in der Erzählung von Carsten unbesetzt. Eine Leerstelle, die sich auch durch Hinzuziehen des Kontextes im Interview nicht füllt.

An einem zweiten Beispiel lassen sich Parallelen entdecken: Fritz, ein Sozialpädagoge aus einem SpDi in Bayern, erzählt, dass die meisten Klienten ihre Medikamente regelmäßig nehmen, nur wenige weigern sich Medikamente zu nehmen.

Interviewer: *„Beeinträchtigt so was (die Verweigerung der Medikamenteneinnahme, Anm. d. Verf.) die Beziehung zu den Klienten?“*

Fritz: *„Nein. Nein gar nicht, wobei ich ja doch anklingen lasse, dass ich das jetzt nicht akzeptiere, was sie macht, aber es letztlich ihre Entscheidung ist. Das sag ich ihr, was ich tun*

*kann, ist eben, sie aufzuklären, dass ihre gesundheitliche Lage sich dann wahrscheinlich wirklich nie verbessert, und dass sie halt wieder mal im Bezirkskrankenhaus sein wird, wo sie ja absolut nicht mehr hin möchte. Aber die Leute kommen dann trotzdem weiterhin. Klar, das Angebot bleibt ja bestehen. Egal was sie jetzt tun. (?) dass sie kommen.“*



Zunächst spricht Fritz (Pseudonym) aus der Position des Ordnungshüters („nicht akzeptieren“, „ihre Entscheidung“), anschließend wählt er eine therapeutische, beinahe ärztliche Sprecherposition („aufklären“, „gesundheitliche Lage“). Die Diskursanschlüsse sind entsprechend der juristische, der medizinische und zum Schluß ein Diskurs, den man psychiatrieorganisatorisch („Bezirkskrankenhaus“, „Angebot“) nennen könnte. Metaphern beziehen sich auf die Bereiche Ton („anklingen“), Blick („aufzuklären“) und Raum („gesundheitliche Lage“).

Fritz versucht mit dem leisen, harmlosen Begriff „anklingen“ die Wucht aus der folgenden Äußerung zu nehmen: Er akzeptiert nicht, was die Klientin macht, aber er betont, dass es letztlich ihre Entscheidung ist. Es wird jedoch deutlich, dass sie mit ihrer Entscheidung (keine Medikamente zu nehmen) alleine steht, keine Hilfe zu erwarten hat. Außerdem wird sie „aufgeklärt“, also sie soll nicht mehr so „unklar“ bleiben. Die Beschreibung der „gesundheitlichen Lage“ bleibt mehr als vage, sie dient vielleicht lediglich dazu, die medizinische Autorität zu demonstrieren. Daran anschließend folgt die Drohung mit dem Bezirkskrankenhaus.

Fritz betont, dass die Leute trotzdem weiterhin kommen und das „Angebot“ bestehen bleibt. „Angebot“ kann man als Metapher aus der Marktwirtschaft lesen, die einen Wettbewerb und eine Kundensouveränität suggeriert, die im sozialpsychiatrischen Feld nicht existiert. Könnte es sein, dass die Abhängigkeit, vielleicht auch Angst vor Konsequenzen, die Klientin dazu bringt weiterhin den Dienst aufzusuchen? Etwas spekulativ könnte man meinen, Franz ist gekränkt, weil die Klientin nicht auf seinen Rat eingeht. Er schränkt sein Engagement ein und zieht sich auf ein emotionsloses, kaltes „Angebot“ zurück. Die Klientin erscheint nicht mehr als Subjekt, sondern in der Masse der anonymen „Leute“.

Aus der Sprecherposition des Therapeuten wird „aufgeklärt“ und ein deutliches Machtverhältnis zwischen Vernunft/Gesundheit und Unvernunft/Krankheit etabliert. Wie im ersten Beispiel ist auch hier die Uneinsichtigkeit, die Unvernunft der Klientin das Problem, die medizinische Autorität, das Expertentum wird nicht in Frage gestellt. Der Therapeut sieht sich als Agent der Gesundheit, wenn er nicht erhört wird, tritt auch hier die Einweisung in das Bezirkskrankenhaus auf den Plan. In dem Beispiel erscheint die stationäre Unterbringung sogar offen als Drohung.

Ich denke, an diesen zwei Beispielen sind einige Faktoren deutlich geworden, die Empowerment und Partizipation erschweren:

- Der therapeutische Blick, der sich auf die KlientIn und ihr Problem richtet, aber die eigene Autorität nicht in Frage stellt.
- Die fehlende Kritik an der Institution Psychiatrie.
- Handlungsdruck in komplexen Situationen, die Angst machen und zu rigidem Verhalten führen.

Was lässt sich aus diesen ersten Ergebnissen meiner Untersuchung für die Stärkung von Partizipation und Empowerment in der Sozialpsychiatrie folgern? Im Folgenden werde ich, unter Bezugnahme auf die systemisch-konstruktivistisch orientierten Ideen von Pfeifer-Schaupp (1997), Perspektiven für die Sozialpsychiatrie entwerfen.

### 3 Wege zu Partizipation und Empowerment in der Sozialpsychiatrie

Leitidee für meine Arbeit ist die konstruktivistische Herangehensweise: „Mit Konstruktivismus ist die Idee gemeint, dass wir die Welt, die Wirklichkeit in der wir leben, nicht einfach vorfinden und durch unsere Sinnesorgane abbilden, sondern dass wir sie buchstäblich mit Hilfe unseres Denkens und unserer Sinne selber erst erzeugen oder konstruieren. Und zu dieser Wirklichkeit gehören auch die Probleme – und nicht zuletzt die Lösungen“ (Pfeifer-Schaupp 1997 S.14).

In diesem Zusammenhang ist natürlich auch meine Arbeit eine Konstruktion. Auch ich bilde die Weltsicht, die Konstruktionen der InterviewpartnerInnen nicht einfach ab, sondern ich (re-)konstruiere sie. Meine Rekonstruktion hat keinen alleinigen Wahrheitsanspruch, sie ist eine mögliche Form, das Selbstverständnis der sozialpsychiatrisch Tätigen zu beschreiben. Aber trotzdem ist sie nicht beliebig. Ich verfolge mit meiner Beschreibung eine Absicht: Ich möchte die Einschränkungen und die Möglichkeiten im sozialpsychiatrischen Denken und Handeln, die mit den Selbstbeschreibungen einhergehen, deutlich machen.

Erzählungen, als Konstruktion von Wirklichkeit, reduzieren Komplexität und dienen der eigenen Orientierung (vgl. Kraus 1996). Sie können sehr unterschiedlich sein und mehr oder weniger Möglichkeiten und Handlungsperspektiven beinhalten. Sehr rigide Erzählungen enthalten wenig Handlungsspielräume,

offene Erzählungen mehrere. In Geschichten wird „Chronizität“ produziert, indem unlösbare Probleme beschrieben werden, oder Handlungsoptionen eröffnet, indem mehrdimensionale Beschreibungen und Lösungen entworfen werden:

„... die Dinge nicht nur zu nehmen, wie sie sind, sondern auch wie sie sein könnten – also in bester systemischer Manier: in ihnen immer (auch) die Ressourcen und Möglichkeiten zu sehen. Nicht das chronische und hoffnungslose »Das war schon immer so. Daran lässt sich nichts ändern« dominiert, sondern auch die Perspektive der Hoffnung und der (möglichen) Veränderung kommt zum Vorschein. Ernst Bloch spricht von der »Ontologie des Noch-Nicht-Seienden« und greift damit über ein Seinsverständnis, das die Dinge und die Welt als fertig nimmt, weit hinaus; er zielt ab auf das Sein, das noch im Werden ist, das gleichermaßen in der Hoffnung steht zu gelingen, wie es auch in der Gefahr ist zu scheitern“ (Pfeifer-Schaupp S.30).

Wie sieht ein professionelles Selbstverständnis aus, das dem „Noch-Nicht-Seienden“ Raum gibt? Was zeichnet eine professionelle Haltung aus, die Partizipation und Selbstbestimmung der KlientInnen ermöglicht? Pfeifer-Schaupp sieht eine ethische Grundlage professionellen Handelns in der Diskursethik nach Habermas. Die „ideale Sprechsituation“ nach Habermas ist gekennzeichnet durch Gleichheit, Freiheit, und Zwanglosigkeit und stellt das (unerreichbare) Ziel dar, das in der Kommunikation angestrebt werden sollte. Ethik in diesem Sinne ist prozessorientiert und richtet sich pragmatisch an den bestehenden Verhältnissen aus. „Gerade aus dem Widerspruch, dass aus der gegenwärtig gegebenen ungerechten, nicht repressionsfreien und nicht auf gegenseitiger Anerkennung, sondern auf Konkurrenz beruhenden Gesellschaftsordnung die »Spielregeln« nicht gegeben sind, die eigentlich jede Kommunikation voraussetzt, ergeben sich

Leitlinien und Perspektiven für gesellschaftliche Veränderungen und Maßstäbe für die Kritik vorgefundener gesellschaftlicher Zustände“ (Pfeifer-Schaupp 1997 S.117).

Meines Erachtens ist die Diskursethik von Habermas eine notwendige, vielleicht sogar hinreichende Bedingung für kommunikative Prozesse, die wir als Empowerment oder Partizipation bezeichnen. Sie gibt keine Inhalte vor, sondern nur den „idealen“ Prozess als Ziel. Werte und Normen werden verhandelbar, damit erhalten KlientInnen den Status sprach- und handlungsfähiger Subjekte. PraktikerInnen sind gefordert, ihre eigenen subjektiven Werte und die institutionellen Normen, an denen sie sich orientieren, explizit zu machen. So wird klar, um was verhandelt werden kann und um was nicht, was der gesetzte Rahmen für Partizipation ist.

In der Sozialpsychiatrie gibt es mit den Behandlungsvereinbarungen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen und in den Psychoseseminaren („Trialog“ zwischen Professionellen, Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen) Ansätze in diese Richtung (vgl. Knuf 2000). Wieweit darin die Ideen der Diskursethik umgesetzt sind, muss im Einzelnen geprüft werden, auf jeden Fall sind sie ein Schritt zu einer etwas weniger herrschaftsförmigen Kommunikation. Solche alternativen Beziehungsformen mit Psychiatrie-Erfahrenen werden jedoch nur von wenigen PraktikerInnen genutzt. Vermutlich gibt es Vorbehalte und Berührungängste mit diesen ungewohnten Kommunikationsformen. Pfeifer-Schaupp nennt Voraussetzungen, die Professionelle mitbringen sollten, um in eine solche Form von Beziehung mit Psychiatrie-Erfahrenen einsteigen zu können:

- „a) die Fähigkeit zur eigenen Reflexion ethischer Fragen, zur Auseinandersetzung mit KollegInnen, Vorgesetzten, Trägergremien und KlientInnen;
- b) – als Voraussetzung zur ethischen Reflexion – die Selbsterfahrung, die Entdeckung eigener Prä-

gungen und Wertepräferenzen, die uns eher unbewusst bleiben, weil sie so selbstverständlich und unhinterfragt sind, das sie gar nicht bewusst werden (können);

- c) die Fähigkeit, diese ethischen Überzeugungen kommunizierbar zu machen (was z.B. bei einem intuitiven Ethikkonzept kaum möglich ist)“ (Pfeifer-Schaupp 1997 S.119).

Meine Untersuchung verstehe ich als eine Hilfe zur Bewusstmachung, zur Selbsterforschung professioneller „Prägungen und Wertepräferenzen“. Neben den Schwierigkeiten und Widerständen werde ich in den Interviews deswegen auch nach Äußerungen suchen, die den KlientInnen einen Subjektstatus zusprechen und eigene Werte und Normen offen verhandeln. Folgende Auswertungsgesichtspunkte werde ich dabei verfolgen:

- 1) Wo wird Verantwortungsübernahme flexibel gesehen und auch wieder zurückgegeben?
- 2) Wo wird wertschätzend, ressourcenorientiert über KlientInnen gesprochen?
- 3) Wo werden eigene Werte und institutionelle Normen hinterfragt?
- 4) Womit hängen diese positiven Formen des Sprechens zusammen? In welchen Kontexten tauchen sie auf? Welche Argumentationen stützen sie? Welche Gefühle (Angst, Anstrengung, Lust...) sind damit verbunden?

Da ich in meiner Auswertung diese Fragen noch nicht bearbeitet habe, kann ich über empirische Ergebnisse in Bezug auf hilfreiche Bedingungen und Ressourcen für eine Empowerment-Haltung nichts berichten. Deswegen möchte ich zum Abschluss einige theoretische Überlegungen zur Situation der sozialpsychiatrischen Arbeit anstellen. Durch mein Literaturstudium und durch die Diskussion auf der Veranstaltung zu Partizipation auf dem dgvt/GGFP-Kongress 2002 bin ich zu der The-

se gelangt, dass es zwei gegenläufige Tendenzen in der psychosozialen Versorgung gibt.

Auf der einen Seite besteht ein ökonomischer Druck auf die Institutionen, der in Konzepten wie „Qualitätsmanagement“ und „Kundenorientierung“ seinen Ausdruck findet. Die Hoffnung dabei ist, mit Hilfe neoliberaler Konzepte aus der Wirtschaft die psychosoziale Versorgung effizienter zu machen. Diese Konzepte sehen KlientInnen als Kunden und unterstützen daher auch die Verbreitung der Empowerment- und Partizipationskonzepte. Zumindest in den Sprachformen dieser Konzepte werden die KlientInnen als Subjekte wahrgenommen.

Auf der anderen Seite stehen die psychiatrischen Institutionen, vor allem die Kliniken, die dem biologisch-medizinischen Modell verpflichtet sind und für andere Sichtweisen abweichenden Verhaltens keinen Raum bieten. Deren institutionelle Logik, die Betonung des Expertentums und die medizinische und psychotherapeutische Standespolitik betrachten den Patienten nach wie vor als Objekt des psychiatrischen Wissens und daraus abgeleiteter Techniken. Sie versprechen verunsicherten Patienten und Angehörigen Entlastung durch schnelle, „wissenschaftliche“ Erklärungen und Hilfen.

PsychologInnen und SozialpädagogInnen in den Sozialpsychiatrischen Diensten arbeiten in diesem Spannungsfeld zwischen Kundenorientierung und biologisch-medizinischen Modell. Wenn sie ihre Kompetenz auf das Expertenwissen begründen, dann bedeutet Empowerment und Partizipation einen Verlust an Kompetenz. Daraus wiederum kann ein Gefühl von Nutzlosigkeit entstehen, welche unter dem ökonomischen Druck schnell zur Angst um den eigenen Arbeitsplatz wird. Zudem bedeutet Partizipation von KlientInnen für die Professionellen Macht und vertraute Sicherheiten aufzugeben, die mit der Expertenrolle verbunden sind. Angst vor dem dann nicht mehr kontrol-

lierbaren „Wahnsinn“ ist die Folge (vgl. Erdheim 1994). Dies alles sind Gründe sich nicht auf die Prozesse einzulassen, die mit Empowerment und Partizipation verbunden sind. Qualitätsmanagement und Kundenorientierung werden in diesem Zusammenhang häufig als Bedrohung gewohnter Routinen gesehen, oder als Normierung, die die eigene Freiheit begrenzt. Zugrunde liegen Befürchtungen über das Aufdecken eigener, als unprofessionell eingeschätzter Handlungen. Oder auch die Sorge über die Normierung alternativer, widerständiger Beziehungsformen mit KlientInnen. Dieser Widerstand ist begründet und wichtig, um die fortschreitende Kapitalisierung menschlicher Beziehungen zu bekämpfen. Die Frage ist jedoch, ob mit dem Widerstand gegen neoliberale Tendenzen nicht auch die Herrschaft der Experten und des biologisch-medizinischen Modells stabilisiert wird.

Vielleicht gibt es eine Möglichkeit den ökonomischen Druck zu nutzen, ohne sich von der neoliberalen Logik vereinnahmen zu lassen. Es spricht auch für die MitarbeiterInnen in der Sozialpsychiatrie viel für eine Veränderung. Die häufige Überforderung durch den Druck der Verantwortung als ExpertIn, der Verlust von sozialpolitischen Visionen und die damit verbundene Entfremdung zeigen sich in den Äußerungen meiner InterviewpartnerInnen. Eine Demokratisierung der Institution, eine Suche nach neuen, transparenteren Handlungsformen, würde Lust und Neugier wecken. Um jedoch in Bewegung zu kommen, sind Verbündete nötig, denn am Anfang steht die Verunsicherung. Was als „richtig und wahr“ gesehen wurde, wird in Frage gestellt. Die Expertenrüstung wird abgelegt, das heißt sich freier bewegen zu können, aber auch verletzlicher zu sein. Das ist nur als kollektive Bewegung vorstellbar, an der sich auch begleitend die institutionell-organisatorischen, die rechtlichen und die ökonomischen Bedingungen ändern müssen.

Insofern verstehe ich meine Untersuchung auch als Empowerment für Professionelle. Ich suche nach den Ressourcen, die das Erzählen neuer Geschichten über die Arbeit, das Formulieren alternativer Selbstverständnisse ermöglichen. Es sollte aber nicht vergessen werden, dass Empowerment und Partizipation mit der Erweiterung der eigenen Denkweisen beginnen können, aber unterstützende gesellschaftliche Bedingungen benötigen, um in Handlung um-

gesetzt zu werden. Deswegen betrachte ich neben dem Berücksichtigen des Kontrollauftrages sozialer Arbeit (vgl. Quindel 2001), dem Infragestellen der eigenen und der institutionellen Normalitätsvorstellungen, dem Bewusstmachen der eigenen emotionalen Verstrickung (der Lust an Macht, der Angst vor Andersartigkeit), vor allem sozialpolitisches Engagement als notwendige Voraussetzung, um Partizipation zu ermöglichen.

## Literatur

- Erdheim, Mario (1994). *Psychoanalyse und Unbewusstheit in der Kultur*. Frankfurt a.M. Suhrkamp.
- Jäger, Siegfried (1999). *Kritische Diskursanalyse. Eine Einführung*. Duisburg. Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung.
- Keupp, Heiner (1987). Soziale Netzwerke als alltägliche Lebenswelt und ihre Bedeutung für die Entstehung und Bewältigung psychosozialer Probleme. In: Ders.: *Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch*. Bonn. Psychiatrie-Verlag. S.143-171.
- Keupp, Heiner (1998). Sozialpsychiatrie. In: Siegfried Grubitzsch / Klaus Weber (Hrsg.): *Psychologische Grundbegriffe*. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt. S.581-583.
- Kunf, Andreas (2000). *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit*. Bonn. Psychiatrie-Verlag.
- Kraus, Wolfgang (1996). *Das erzählte Selbst. Die narrative Konstruktion von Identität in der Spätmoderne*. Pfaffenweiler. Centaurus.
- Pfeifer-Schaupp, Hans-Ulrich (1997). *Jenseits der Familientherapie. Systemische Konzepte in der Sozialen Arbeit*. Freiburg im Breisgau. Lambertus.
- Quindel, Ralf (2000). Alle Macht dem Wahnsinn? Empowerment in der Sozialpsychiatrie. In: Miller, Tilly und Pankofer, Sabine: *Empowerment konkret*. Stuttgart. Lucius.
- Quindel, Ralf (2001). Aus der Klinik in die Freiheit? Soziale Kontrolle in der Gemeindepsychiatrie. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 31.Jg., 4. Bonn. Psychiatrie-Verlag.
- Schmidbauer, Wolfgang (1986). *Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Reinbek bei Hamburg. Rowohlt.
- Schmitt, Rudolf (1997). Metapheranalyse als sozialwissenschaftliche Methode. In: *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 21.Jg, 81. Frankfurt a.M. Mabuse.

## Autor

✉ Ralf Quindel, Dipl.Psychologe, Gentzstr.4,  
80796 München, E-mail:  
ralf.quindel@logo.med.uni-muenchen.de.

**„...und auf einmal ist der Gegenstand auch zum Mensch  
geworden...“<sup>1</sup> -  
Partizipation von Kindern und Jugendlichen in Beratungsprozessen**

Andreas Vossler

*Zusammenfassung*

Dieser Beitrag nimmt die Partizipationserfahrungen von Kindern und Jugendlichen im Kontext der Erziehungs- und Familienberatung unter die Lupe. Dazu wird zunächst der institutionelle Rahmen skizziert, in dem sich die Beratung an Erziehungs- und Familienberatungsstellen bewegt. Die darauf folgende Darstellung empirischer Befunde aus der Sicht von betroffenen Kindern und Jugendlichen illustriert, dass sich diese zum Teil nur unzureichend in den Beratungsprozess integriert und stellenweise ausgegrenzt fühlen. Vor diesem Hintergrund werden die institutionellen Bedingungen und methodischen Vorgehensweisen diskutiert, die einer Beteiligung der eigentlichen Adressaten an der Hilfeleistung entgegenwirken. Die abschließenden Überlegungen beinhalten die Vorstellung methodischer Optionen, mit deren Hilfe professionelles Handeln in der Erziehungsberatung stärker partizipativ ausgerichtet werden könnte.

*Schlüsselwörter:* Erziehungsberatung, systemische Familientherapie, Partizipation

*Abstract*

**„...and at once the thing became a human being... –  
Participation of children and adolescents in the counselling process“**

This article focuses on the experiences of children and young persons in child guidance and family counselling. For this purpose, at first the institutional background of child guidance and family counselling is outlined. The fact, that the concerned young persons partly feel excluded and insufficiently integrated into the counselling process is illustrated by the following presentation of empirical findings illustrating their point of view. Against this background, the institutional conditions and methodical approaches which counteract the involvement of the actual addressees of the help are discussed. The closing thoughts include methodical options for a stronger orientation of professional acting towards participation.

*Keywords:* child guidance, family therapy, participation

---

---

<sup>1</sup> Mit diesen Worten beschrieb ein Jugendlicher im Interview sein Empfinden, als er in der Familienberatung vom Berater stärker beachtet und in das Gespräch einbezogen wurde.

## 1 Erziehungs- und Familienberatung – der institutionelle Kontext

Institutionelle Erziehungsberatung ist nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) ein Angebot, das sich als „Hilfe zur Erziehung“ vornehmlich an Eltern bzw. Personensorgeberechtigte richtet und diese in der Erziehung und Sorge um ihre Kinder unterstützen soll. Demnach haben nicht die Kinder und Jugendlichen, sondern nur ihre Eltern einen rechtlich verbürgten Anspruch auf diese Unterstützungsleistung.

Bei einem Blick auf das breite Spektrum der Problemlagen und Auffälligkeiten, die zu einer Beratung führen (vgl. z.B. Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke), 1999), wird jedoch schnell deutlich, wer als „eigentlicher“ Adressat dieses Jugendhilfeangebots gelten kann: Kinder und Jugendliche sind von den Belastungen, die sich hinter den in der Jugendhilfestatistik aufgeführten Anlasskategorien – wie „Schul-/Ausbildungsprobleme“, „Entwicklungsauffälligkeiten“ oder „Trennung/Scheidung der Eltern“ – verbergen, oftmals am stärksten betroffen. Ihnen soll daher die an Eltern gerichtete Erziehungsberatung „indirekt“ (bke, 1999, S. 12) zugute kommen. Für ihre Partizipation an den Beratungsprozessen ist – wie für andere Jugendhilfeleistungen auch – § 8 des KJHG maßgebend, wonach Kinder und Jugendliche entsprechend ihrem Entwicklungsstand an allen sie betreffenden Entscheidungen beteiligt (Absatz 1) und in Notfällen ohne größere Hindernisse (gegebenfalls auch ohne Kenntnis der Personensorgeberechtigten) beraten werden sollen (Absatz 2). In der Praxis melden sich Kinder und Jugendliche jedoch nur in jedem zehnten Fall (Statistisches Bundesamt, 1998) selbst bei der Beratungsstelle. Sie werden statt dessen in der Regel von ihren Eltern – in den meisten Fällen von ihren Müttern – zur Beratung angemeldet und an den Stellen vorgestellt.

Dort erwartet die Klienten ein Beratungsangebot, dessen Rahmenbedingungen durch die sogenannten „Essentials“ von Erziehungsberatung (Jacob, 1999; Specht, 2000) markiert werden: Neben der Fachrichtungs- und Methodenvielfalt (multidisziplinäres Fachteam) zählt dazu die kostenfreie und freiwillige Inanspruchnahme der Leistung durch die Klienten und der uneingeschränkte Schutz personenbezogener Daten an den Beratungsstellen. Diese spezifischen Merkmale gelten als Voraussetzung dafür, die Niedrigschwelligkeit des Hilfsangebots für alle Bevölkerungsgruppen sicherzustellen und im Beratungsprozess eine vertrauensvolle, konstruktive Arbeitsbeziehung zu etablieren.

Den eindeutigen Schwerpunkt in der Arbeit der Beratungsstellen bildet die Beratung und Therapie im Einzelfall (wie in der Aufgabenbeschreibung nach §28 KJHG skizziert). Ihre konzeptuelle Ausrichtung war dabei schon immer an den Entwicklungen und vorherrschenden Paradigmen in der wissenschaftlichen Psychologie orientiert, was sich auch daran ablesen lässt, dass auf acht von zehn Personalstellen in diesem Bereich eine psychotherapeutische Zusatzqualifikation anzutreffen ist (bke, 1998).

Die Beratungssituation ist jedoch nur bedingt mit einem psychotherapeutischen Setting vergleichbar, da die vorgestellten Problemlagen sehr heterogen sind und häufig diffuse bzw. allgemeine Lebensschwierigkeiten oder Beziehungs- und Kommunikationsstörungen des gesamten Familiensystems umfassen. Die verschiedenen Beratungsbeteiligten bringen oft unterschiedliche Fragestellungen und Anliegen mit zur Beratung. Dies erfordert die Aushandlung eines tragfähigen „Beratungsauftrages“ zu Beginn der Hilfsmaßnahme. Das methodische Vorgehen muss auf dieser Grundlage individuell auf den jeweiligen Einzelfall zugeschnitten werden. Erziehungsberatung ist zudem in den meisten Fällen eher als kurzfristige Hilfe ange-

legt. Die durchschnittliche Dauer einer Beratung liegt bei einem halben Jahr, wobei Fälle mit einer kürzeren Beratungsdauer überwiegen (bke, 1999).

Die Fachkräfte an den Beratungsstellen können gemäß ihrer jeweiligen Ausbildung und berufsbegleitenden Fortbildungen auf Methoden aus unterschiedlichen therapeutischen Schulen zurückgreifen. In der praktischen Beratungsarbeit hat sich inzwischen ein „pragmatischer Eklektizismus“ (Hundsatz, 1995) herausgebildet: Während des Beratungsprozesses kommen situationsbezogen und in Aushandlung mit den Klienten vielfältige Beratungstechniken in unterschiedlichen Settings zum Einsatz (Kurz-Adam, 1999). So kann beispielsweise das Einüben verhaltenstherapeutischer Angstbewältigungsstrategien mit dem Kind im Einzelsetting von systemisch orientierten Eltern- oder Familiengesprächen begleitet werden.

Einzig systemisch-familientherapeutischen Ansätzen kommt in der Erziehungsberatung eine gewisse Sonderrolle zu. Sie hat sich mit Beginn der achtziger Jahre in immer stärkerem Maße auf diesem Feld, das noch bis Ende der siebziger Jahre vor allem durch Testdiagnostik und Behandlung des (angelegten) Kindes (z.B. Spieltherapie) geprägt war. Familientherapie ist mittlerweile das am häufigsten gewählte therapeutische Weiterbildungsverfahren bei den MitarbeiterInnen der Erziehungsberatungsstellen (Menne, 1996). Mit der „systemischen Wende“ (Lenz, 2000) hat eine veränderte Sicht- und Arbeitsweise Einzug gehalten: Kindliche Symptome und Probleme werden stärker mit ihren jeweiligen Definitionen und Festschreibungen im Kontext des sozialen und familiären Bezugssystems gesehen (Schmidt 1998). Erziehungsberatung wird folglich oft zur Familienberatung ausgeweitet<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Viele Erziehungsberatungsstellen tragen dieser Arbeitsweise auch in ihrer Namensgebung Rechnung und nennen sich „Erziehungs- und Familienberatungsstelle“ oder „Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und El-

Welche Rolle und welche Beteiligungsmöglichkeit Kindern und Jugendlichen in der systemischen Theorie und Praxis zufällt, wird in folgendem Exkurs beleuchtet.

**Exkurs: Bringt die „systemische Wende“ Kinder und Jugendliche als Indexpatient ins therapeutische Abseits?**

Im systemischen Theorieverständnis werden Kinder mit entsprechenden Symptomen als „Indexpatienten“ verstanden, die mit ihren Schwierigkeiten einengende Wirklichkeitskonstruktionen und leiderzeugende Beziehungs- bzw. Wechselwirkungsmuster im gesamten Familiensystem anzeigen. Kinder verlieren dadurch in der Therapie oder Beratung den Nimbus des „kranken“, „schwierigen“, „auffälligen“, „nT\*bSichnore meelleSorligk Kinsen“, il-

t Theeetis) aneensyaischeIienraknitionen  
temolgeindern unT(therap(s-)]TJT\*0.0008 T

nen in der Praxis auf Kinder bzw. Jugendliche und ihre Erlebnisweisen eingehen und sie ins Familiensetting integrieren. Folgende Hinweise sprechen dafür, dass vor allem Kinder in diesem Kontext „offensichtlich als störend empfunden“ (Märtens & Petzold, 1995, S. 303) werden und als „Indexpatienten“ leicht ins therapeutische Abseits geraten (Vossler, 2000): Korner und Brown (1990) sprechen auf der Grundlage einer Befragung von 173 Mitgliedern der „*American Association for Marital and Family Therapy (AAMFT)*“ zu ihrer Einstellung zu und ihrem Umgang mit Kindern in der Familientherapie von einer weit verbreiteten „Kinderausschlusshaltung“ und „-praxis“, für die sie in erster Linie Ausbildungsdefizite und ein zu sehr auf die Elterndyade fokussierendes Theorieverständnis verantwortlich machen.

Zum gleichen Schluss führt eine schwedische Studie (Cederborg, 1997), in der 28 Familientherapiesitzungen mithilfe von Videoaufnahmen eingehend analysiert wurden: Insgesamt 85 % aller Therapeutenäußerungen sind an die Eltern gerichtet oder auf sie bezogen. Kinder haben im Durchschnitt einen Anteil von 3,5 % an der verbalen Interaktion in den Sitzungen, auf die Eltern entfallen 56 %, auf die Therapeutin bzw. den Therapeuten 37,5 % und auf andere Personen 3 %. Die Kinder verbringen die meiste Zeit (durchschnittlich 61 % der Therapiezeit) in einem sogenannten „stand-by“-Status: Sie sitzen im Kreise der Erwachsenen und hören deren Gesprächen untereinander zu, ohne selbst mit einbezogen zu sein. Durchschnittlich 9 % der Zeit beschäftigten sie sich mit Spielen neben dem Gespräch her im Therapieraum, zu 16 % waren sie ganz ausgeschlossen und warteten außerhalb des Raumes. Zusammenfassend eröffnen die Befunde eine augenfällige Diskrepanz zwischen den theoretischen Konzepten und der therapeutischen Praxis der systemischen Familientherapie:

Während „symptomtragende“ Kinder im systemtherapeutischen Verständnis entpathologisiert und als gleichwertiges Systemelement mit ihren Ressourcen und Fähigkeiten wahrgenommen werden, scheinen sie mit ihren Bedürfnissen und Anliegen tendenziell nur unzureichend in die erwachsenenorientierten Familiengespräche eingebunden zu sein und über wenig Partizipationsmöglichkeiten zu verfügen. Dowling (1993) spricht in diesem Kontext von einer Tendenz mancher Therapeuten, „Ehe- oder Elternberatung in Anwesenheit der Kinder“ (S. 404) anstelle von familientherapeutischen Gesprächen zu führen.

Um zu überprüfen, ob sich diese Erkenntnisse so generell auch auf das Gebiet der Erziehungs- und Familienberatung übertragen lassen, werden im nächsten Abschnitt die Erfahrungen betroffener Kinder und Jugendlichen in diesem Kontext thematisiert.



## 2 Beratung aus der Sicht von Kindern und Jugendlichen – der Forschungsstand

Die Perspektive der betroffenen Kinder und Jugendlichen war bis heute nur selten Gegenstand der Evaluationsforschung zur Erziehungsberatung. In den meisten Untersuchungen wurden ausschließlich die Eltern befragt, die sich in der Regel sehr zufrieden mit der erhaltenen Hilfe zeigen. Damit ergibt sich die paradoxe Forschungssituation, dass Prozess und Ergebnis der Intervention in der Regel unter Ausschluss der eigentlichen Adressaten

analysiert wird. Unter Partizipationsgesichtspunkten wurde Kindern und Jugendlichen damit bisher keine Mitsprache bei Definitions- und Aushandlungsprozessen zur Qualität von Erziehungsberatung eingeräumt. Sie hatten folglich keine Definitionsmacht darüber, was unter guter und schlechter Arbeit zu verstehen ist.

Nur zwei Untersuchungen beschränkten einen anderen Weg und befassten sich vorrangig mit der Perspektive von Kindern und Jugendlichen. Die Stichproben in beiden Studien entsprechen bezüglich Geschlecht und Beratungsanlass dem typischen Klientel in der Erziehungs- und Familienberatung.

*a) Kinder:*

Lenz (2001) befragte 100 Kinder im Alter von 6 bis 13 Jahren mithilfe semistrukturierter, qualitativer Interviews über ihre Erfahrungen mit einer noch laufenden oder bereits abgeschlossenen Erziehungs- und Familienberatung. Die Hilfeleistung fand in den meisten Fällen (54 % der Kinder) in einem kindzentrierten Setting (Einzel- und Gruppenarbeit) statt, weniger häufig im Familiensetting (18 %) oder in gemischten Settingformen (28 %).

*b) Jugendliche:*

In meiner eigenen Studie konnte ich die Sichtweise von 17 Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 22 Jahren zu einer drei bis vier Jahren zuvor abgeschlossenen Beratung und ihren Auswirkungen (Katamnese) mittels qualitativen, leitfadengestützten Interviews untersuchen. Zwei der Jugendlichen erlebten eine Beratung, die sich überwiegend im Familiensetting abspielte. Häufiger wurden Mischformen mit Einzelgesprächen und zusätzlichen Gesprächen im Familienkreis genannt (7 Fälle). In acht Fällen herrschte das Einzelsetting vor, bei dem zum Teil begleitende Elterngespräche geführt wurden.

Im Folgenden werden Befunde aus beiden Studien, die über die Partizipationsbedingungen und -möglichkeiten der jungen Klienten Aufschluss geben, in chronologischer Abfolge entlang des Beratungsverlaufes dargestellt (Klientenzitate sind jeweils kursiv gesetzt).

## 2.1 Zugang zur Beratung

Qualitative Klientenbefragungen (Lenz, 1990; Straus, Höfer & Gmür, 1988) illustrieren, welche oft langwierigen, innerfamilialen Entscheidungs- und Aushandlungsprozesse dem Gang zur Beratungsstelle vorausgehen. In der Regel suchen die Klientenfamilien erst dann professionelle Hilfe auf, wenn alle anderen Bewältigungsversuche – wie Bagatellisieren, Aushalten und auf spontane Besserung hoffen, Rückgriff auf Hilfen aus dem sozialen Netzwerk – fehlgeschlagen sind. Sowohl in den Befunden von Lenz (2001) als auch in meinen Interviewdaten finden sich deutliche Hinweise darauf, dass Kinder und Jugendliche nur unzureichend in die Prozesse eingebunden werden, die zur Aufnahme der Beratung und Formulierung des „Beratungsauftrages“ führen:

- a) Die retrospektiven Problemdefinitionen der von Lenz befragten Kinder stimmten in der Mehrzahl der Fälle (65 %) nicht mit den Angaben der BeraterInnen zum Beratungsanlass überein. Jüngere Kinder in dieser Gruppe gaben häufig an, den Anlass für die Beratung nicht zu kennen oder sich nicht daran erinnern zu können, während ältere Kinder (10 bis 13 Jahre) eher Anlässe nannten, die von den Definitionen und Diagnosen der Fachkräfte abwichen.
- b) Bei den interviewten Jugendlichen lassen sich insgesamt drei Wege mit jeweils spezifischen Kontextbedingungen unterscheiden, auf denen in den Familien die Entscheidung, eine Beratungsstelle aufzusuchen, gefällt wurde (vgl. Tabelle 1):

Tabelle 1: Entscheidungsmuster zum Aufsuchen der Beratungsstelle aus Sicht der interviewten Jugendlichen

<i>Entscheidungsmuster</i>	<i>Beispielaussagen</i>	<i>Häufig.</i>
<p><b>1. Selbstbestimmte Entscheidung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jugendliche „Selbstmelder“ oder Anmeldung auf Initiative der Jugendlichen hin</li> <li>sind mit ihrer Situation unzufrieden („Leidensdruck“), suchen Hilfe und sind motiviert zur Beratung. Sie haben Vorerfahrung mit psychologischer Hilfe und sind älter (&gt; 17 J.)</li> </ul>	<p><b>männlich, 17 Jahre*</b>  <i>„Ich war mit meinem bisherigen Leben ziemlich unzufrieden und wollte daran vieles ändern.“</i></p>	<p>2 (12 %)</p>
<p><b>2. Aushandlungsprozesse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vorschlag zu Beratung kommt von den Eltern, sie lassen den Jugendlichen aber die Wahlfreiheit. Es werden Vereinbarungen zum „Ausprobieren“ der Beratung getroffen</li> <li>Jugendliche haben ein Problembewusstsein und erleben Vorschlag als Hilfsangebot</li> </ul>	<p><b>weiblich, 13 Jahre:</b> <i>„Ja, und dann war ich dann schon damit einverstanden, weil ich ja wirklich wollte, daß es wieder besser wird.“</i>  <b>männlich, 10 Jahre:</b> <i>„Sie hat gesagt, wir können das ja mal ausprobieren, eine Stunde, und dann, wenn du es halt nicht willst, wenn es dir keinen Spaß macht, dann machen wir es halt nicht.“</i></p>	<p>6 (35 %)</p>
<p><b>3. Elternbestimmte Entscheidung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Initiative und Entscheidung zur Beratung von den Eltern, keine wirkliche Wahlfreiheit für die Jugendlichen. Die Entscheidung wird den Jugendlichen nur mitgeteilt</li> <li>Häufig ablehnende Haltung der Jugendlichen, sehen für sich zum Teil keinen Beratungsbedarf. Haben oft keine Vorstellung davon, was in einer Beratung passiert und wie sie davon profitieren können</li> </ul>	<p><b>männlich, 14 Jahre:</b> <i>„Meine Mutter hat gesagt, gut, jetzt gehen wir da hin. Da kann ich auch schlecht nein sagen. Termin haben wir gehabt. Dann bin ich halt hingegangen.“</i>  <b>männlich, 10 Jahre:</b> <i>„Am Anfang hat's mich ziemlich genervt, ich mein, sie hat mir nicht Bescheid gesagt, sie hat nur gesagt, du bist da und da angemeldet, und da gehst du jetzt hin.“</i></p>	<p>9 (53 %)</p>

\*Altersangaben jeweils zu Beratungsbeginn

In den meisten Fällen (9 von 17 Fällen) ging die Entscheidung zur Beratung alleine von den Eltern aus. Nur in zwei Fällen meldeten sich die Jugendlichen auf eigene Initiative hin bei der Beratungsstelle. In sechs weiteren Fällen wurde die Aufnahme der Hilfsmaßnahme zwischen Eltern und Jugendlichen ausgehandelt und Vereinbarungen zum „Ausprobieren“ der Beratung getroffen.

Anders als bei den befragten Kindern waren zwar alle interviewten Jugendlichen in der Lage, nachträglich Gründe zu nennen, die damals aus ihrer Sicht zum Aufsuchen der Beratungsstelle geführt hatten. Ein Drittel der Jugendlichen (6 von 17) gab jedoch ebenfalls Problembeschreibungen an, die von der Erwachsenen-sicht abwichen: Während beispielsweise in vier Fällen für die Eltern die Leistungs- oder Disziplinprobleme der Jugend-

lichen in der Schule Anlass für eine Beratung waren (z.B. „Schlechte Noten trotz elterlicher Bemühungen“), externalisieren die Jugendlichen diese Problemlagen („da hatte ich halt Stress mit der Schule“) und sahen bei sich keine Notwendigkeit für eine Beratung. Für sie waren stattdessen die Konflikte mit den Eltern im Vorfeld der Beratung oder die elterlichen Sorgen um ihre Entwicklung ausschlaggebend für die Beratung (z.B. "Die hatten Angst, dass ich irgendwann den kriminellen Abstieg mache“). Die Unterschiede in den Problemdefinitionen sind vermutlich zum Teil dadurch bedingt, dass die betreffenden Jugendlichen nicht in die innerfamiliären Aushandlungsprozesse, die zur Beratung führten, mit einbezogen wurden. Die Interviews zeigten dem entsprechend, dass die Entscheidung, eine Beratungsstelle

aufzusuchen, in allen „Abweichungsfällen“ elternbestimmt (vgl. Tabelle 1) gefällt wurde.

Zudem verfügten nur die interviewten Jugendlichen, die über eigene Vorerfahrungen oder die Berichte ihrer Eltern Vorwissen sammeln konnten (n = 6), über realistische Vorstellungen darüber, was sie an den Erziehungsberatungsstellen erwartet. Alle anderen konnten sich im Vorfeld wenig darunter vorstellen („Und so verstanden habe ich das dann auch nicht. Da habe ich mir eigentlich wenig drunter vorstellen können, was da passiert“, männlich, 17 J.). Ihr Bild von Erziehungsberatung war in Ermangelung realistischer Informationen von Klischees geprägt, die vermutlich über Medien (vgl. Rietz & Wahl, 2001) oder über die Peergruppe vermittelt wurden und einem klassisch-medizinischen Behandlungsmodell entsprachen: In einer „steifen“ Atmosphäre („unfreundlich, eher so wie beim Arzt“) werden die Klienten entweder ausgefragt oder „zugeschrieben“ und haben selbst wenig Gestaltungsmöglichkeiten. Sie müssen „dem da vorquasseln was da los ist“ und langweilen sich, „wenn nur so einer mit Dir redet oder sonst irgendwie sowas“. Die Berater werden in ihrem Verhalten und ihrer Erscheinung („...so'n alter Typ mit so Halbglatze, Brille und so'nem Anzug“; „streng zurückgekämmte Haare, ein Pferdeschwanz und spitze Nase oder so“) als streng und autoritär imaginiert. Ihr erwartetes Vorgehen entspricht einem „Behandlungsschema“ („die werden irgendwie eine Vorgabe haben, schätz ich mal, wie sie's machen müssen“), bei dem zum Beispiel gesagt wird, „was wir besser machen können“, ohne dass die Jugendlichen große Hoffnungen in diese Hilfe setzen („Und was bringt's? Herzlich wenig“). Zwei Jugendliche äußerten vielmehr die Befürchtung, durch das Aufsuchen der Beratungsstelle als „psychisch krank“ eingestuft („da gehen nur die Geistesbescheuerten hin“) und von Gleichaltrigen deswegen geärgert und ausgegrenzt zu werden (3 Fälle; „Beim ersten

*Mal hab ich fest geglaubt, dass mich dann alle hänseln würden in der Schule und so was“*). Ein Viertel der Jugendlichen berichtete vor diesem Hintergrund von Ängsten und Unsicherheiten vor dem ersten Beratungstermin.

Die skizzierten Entscheidungsprozesse, bei denen die Jugendlichen wenig Mitsprachemöglichkeiten hatten und in denen sie offensichtlich über Methoden und Ziele der Beratung weitgehend im Unklaren gelassen wurden, trugen zur geringen Beratungsmotivation vieler Jugendlicher bei: Über die Hälfte der Interviewpartner (8 von 17) stand der Beratung anfänglich ablehnend gegenüber. Sie verbanden mit dem Aufsuchen der Beratungsstelle häufig die Vorstellung, die Beratung diene ihrer Disziplinierung und der Berater werde als „Verbündeter“ der Eltern zur Stärkung ihrer Position konsultiert.

## 2.2 Beratungsprozess

Die Ergebnisse beider Studien zeigen, dass die Partizipationsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen – und damit auch ihre Zufriedenheit mit der erhaltenen Hilfe – damit assoziiert sind, in welcher Form und in welchem Setting die Beratung jeweils durchgeführt wurde:

a) In der Studie von Lenz (2001) bewerteten rund zwei Drittel der Kinder den Beratungsprozess insgesamt positiv. Allerdings beziehen sich diese positiven Einschätzungen fast ausschließlich auf die aktiven Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten im spieltherapeutisch orientierten Einzelsetting. In dieser Beratungsform wechselten sich Spiel- und Handlungselemente mit Gesprächssequenzen ab, was insbesondere von älteren Kindern (10 bis 13 Jahre) geschätzt wurde. Die BeraterInnen waren hier bemüht, eine vertrauensvolle und akzeptierende Beziehung zu den Kindern aufzubauen und ihnen angstfreie Räume zu eröffnen, in denen Gefühle und Bedürfnisse spiele-

risch ausgedrückt werden konnten. Der Autor berichtet in diesem Zusammenhang, dass ein Teil der befragten Kinder explizit den gleichberechtigten Austausch zwischen sich und der BeraterIn herausstellte: Sie fühlten sich in die Entscheidungen bezüglich Form und zeitlichem Umfang der Spielaktivitäten einbezogen und hatten aus ihrer Sicht einen großen Anteil an der Gestaltung der Gesprächsthemen und -inhalte.

Eine Beratung im Familiensetting wird von den Kindern dagegen deutlich negativer beurteilt:

Von den Mädchen und Jungen, die Erfahrungen mit dieser Beratungsform machten, gaben lediglich 22 % positive Wertungen dazu ab. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um ältere Kinder (10 - 13 Jahre) die in Scheidungs- oder Stieffamilien lebten. Sie schätzten insbesondere die Wiederaufnahme unterbrochener Beziehungen und die offenen und gleichberechtigten Gespräche zwischen Eltern und Kindern im geschützten Rahmen an der Beratungsstelle (Lenz, 2001). Sie fühlten sich zudem vom „systemischen“ Beratungsverständnis, das statt der kindlichen Probleme und Defizite die familialen Interaktions- und Beziehungsmuster in den Beratungsfokus rückt, emotional entlastet.

Die Mehrheit der Kinder (78 %) äußerte sich jedoch negativ oder ambivalent über die Gespräche im Familiensetting. Bei jüngeren Kindern (6 - 9 Jahre) überwog die Einschätzung der Sitzungen als „langweilig“ und „uninteressant“, was nach Lenz (2001) auf die kognitive Überforderung der Kinder durch die gesprächslastigen Inteslpräche zwdschätzten

ältere bekler befvDeralle „,

troffenen Jugendlichen hatten dabei das Gefühl, als gleichwertiger Gesprächspartner behandelt zu werden und mit ihren Anliegen und Belangen bei Eltern und BeraterInnen Gehör zu finden:

*„Wir haben halt davor net drüber reden können, also was mir halt nicht passt und was ihr (der Mutter; A.V.) nicht passt, das ging einfach nicht. Und wenn eine andere Person dabei ist, dann geht das wieder. Der Anfang war halt, dass wir des des erste Mal hier geschafft haben, über andere Sachen zu reden. Und das war dann daheim auch viel besser“* (weiblich, 16 J.).

Die Gespräche hatten dabei zum Teil den Charakter eines Mediationsverfahrens: In einem – aus Sicht der Jugendlichen – „fairen“ Klärungs- und Aushandlungsprozess, bei dem die BeraterInnen als neutrale VermittlerInnen bzw. MediatorInnen fungierten, tauschten Jugendliche und Eltern ihre konträren Sichtweisen und Bedürfnislagen aus und suchten eine einvernehmliche Konfliktlösung:

*„Hier wurden dann nacheinander immer die einzelnen Punkte erörtert, was ich wollte und was ich nicht machen durfte und was meine Eltern wollten. Und da wurde dann ein gleicher Weg gesucht.“* (männlich, 19 J.)

Dem gegenüber stehen andererseits negative Erfahrungen, die einige der Jugendlichen im Familiensetting sammelten: Sie fühlten sich in der fremden, erwachsenendominierten „Beratungskultur“ anfangs fremd und waren mit den impliziten Interaktionsregeln in diesem Kontext nicht vertraut. Weiter verstärkt wurde dieses Unbehagen, wenn der Berater nicht für Transparenz bezüglich Vorgehen und Zielsetzung der Gespräche sorgte und die Jugendlichen nicht von Anfang an in die Sitzungen einbezog:

*„Tja, wenn ich herkomme, dass er mir irgendwie- dass er erstmal ganz ausführlich, also eine Stunde dafür geopfert hätte, ganz ausführlich zu erklären, warum ich überhaupt hier bin, was ich überhaupt machen soll, welche Meinung ich*

*äußern oder sowas in der Richtung. Aber- er hat sich am Anfang erst mal mit meinen Eltern unterhalten und nicht mit mir“* (männlich, 19 J.).

Die mangelnde Integration in die Familiensetzungen führte in einem Fall dazu, dass sich der Jugendliche in diesem Kontext gänzlich überflüssig vorkam:

*„Ja, es kam mir auch so vor als ob er, meine Eltern reden ihn irgendwie an, er kommuniziert mit meinen Eltern, meine Eltern reden mit mir. Und da hab ich mir damals gedacht, ja, du kannst auch gleich zu Hause bleiben“* (männlich, 19 J.).

Im Vergleich zum Einzelsetting wurde ferner beklagt, dass ihre Belange und Anliegen zu sehr aus dem Blickfeld gerieten und von der BeraterIn zu wenig angesprochen und berücksichtigt wurden:

*„Ja, dass man sagen kann, dass es vom Thema (Probleme des Jugendlichen, A.V.) abgekommen ist. Aber er ist natürlich in die Richtung dann gegangen, wie geht es jedem in der Familie und was läuft so allgemein nicht richtig“* (männlich, 21 J.).

Das Familiensetting bot für manche Jugendliche darüber hinaus nicht denselben „Schutzraum“, den sie zuvor in den Einzelgesprächen mit dem Berater erlebt hatten und der es ihnen ermöglichte, offen über ihre Gefühle und Problemlagen zu sprechen:

*„Ja, wenn ich alleine da bin, kann ich mich viel besser unterhalten, weil da kann ich viel mehr rauslassen. Und wenn meine Eltern da sind, dann weiß ich, die hören zu und kriegen die Wahrheit voll drauf.“* (männlich, 18 J.)

### 2.3 Beratungsergebnisse

Wenn in Elternbefragungen zur Erziehungsberatung zusätzlich die Meinung der betroffenen Kinder zum Erfolg der Beratung und zur Beratungszufriedenheit eingeholt wurde, fielen die Bewertungen der Kinder deutlich skeptischer aus als die ihrer Eltern (z.B. Straus et al., 1988).

a) Dieses Ergebnismuster zeigt sich auch, wenn die Befunde von Lenz (2001) zur Bewertung des Beratungserfolges durch die befragten Kinder mit entsprechenden Elternbefragungen verglichen werden: Gegenüber den Verbesserungsraten bei katamnesticen Untersuchungen mit Eltern (zwischen 50 % und 70 %; z.B. Jakob, 1996; Naumann & Beck, 1994) gaben die Kinder weniger Beratungseffekte an: Knapp die Hälfte (46 %) berichtete über Veränderungen im persönlichen Bereich, ein Drittel (32 %) sprach von einem Wandel auf der familialen Ebene. Das Ausmaß der Beratungszufriedenheit liegt mit einem Anteil von 62 Prozent der Kinder, die insgesamt mit der Beratung zufrieden waren, ebenfalls niedriger als die durchschnittlichen Werte bei Elternbefragungen (um 80 Prozent).

Die positiven Beratungsauswirkungen, von denen Eltern berichten, lassen sich offensichtlich nicht ohne weiteres auf Kinder übertragen. Sie können vermutlich weniger von den „beratungsspezifischen Wirkfaktoren“ – wie entlastenden „Dialog- oder Veröffentlichungseffekten“ oder kognitiven Problemlösungen – profitieren, solange sich an der zumeist von ihnen getragenen „Symptomatik“ direkt nichts ändert.

b) Von den interviewten Jugendlichen wurden dagegen – mit einer Ausnahme – durchweg positive Beratungsauswirkungen auf verschiedenen Ebenen (Verbesserung der Anmeldeproblematik, Stärkung des Selbstwertgefühles, Veränderungen auf familialer Ebene) berichtet. Die Effekte blieben jedoch nur bei der Hälfte der Klienten über einen längeren Zeitraum stabil. In fünf Fällen musste zu einem späteren Zeitpunkt erneut therapeutische oder beraterische Hilfe in Anspruch genommen werden. Der sehr hohe Anteil der Jugendlichen, die insgesamt mit ihrer Beratung zufrieden waren (88 %), ist möglicherweise auch auf Selekti-

onsprozesse bei der Interviewauswahl zurückzuführen: Zehn „Interviewverweigerer“ (von insgesamt 40 angefragten Jugendlichen; mit 13 Jugendlichen konnte aus anderen Gründen kein Gespräch geführt werden) waren eventuell auch deshalb nicht zu einem Gespräch zu bewegen, weil sie die Beratung in schlechter Erinnerung haben und negativ bewerten.

Aus der vorgestellten Befundlage zur speziellen Situation von Kindern und Jugendlichen im Beratungsgeschehen und den damit verbundenen Partizipations(un)möglichkeiten können zusammenfassend folgende vier Thesen abgeleitet werden:

- 1) Trotz „Klientenorientierung“ in Qualitätssicherung und Evaluationsforschung partizipieren Kinder und Jugendliche bisher kaum an den Definitions- und Aushandlungsprozessen, die festlegen, was unter „guter“ und „schlechter“ Beratung zu verstehen ist.
- 2) Kinder und Jugendliche werden in vielen Fällen nicht an den Entscheidungsprozessen beteiligt, die zur Aufnahme der Beratung führen. Auch bei der Formulierung eines „Beratungsauftrages“ zu Beratungsbeginn ist ihre Mitwirkung keineswegs die Regel.
- 3) Im Familiensetting werden Kinder und Jugendliche durch den systemischen Blick zwar aus der „Schusslinie“ von Eltern, Schule oder psychosozialem Unterstützersystem genommen. Ihre Belange und spezifischen Problemlagen werden dabei jedoch oftmals zu wenig berücksichtigt. Sie profitieren zudem nicht in derselben Weise von der Beratung wie ihre Eltern.
- 4) Beratungssitzungen im Familiensetting bieten für Kinder und Jugendliche weniger Möglichkeiten zur Beteiligung als eine Beratung im Einzelsetting. Sie fühlen sich durch erwachsenenorientierte Gespräche und Methoden häufig ausgegrenzt.

### **3 Auftragssituation und methodische Defizite – Hemmschwellen für die Beteiligung von Kindern und Jugendlichen**

Zur Beantwortung der Frage, welche institutionellen Bedingungen und methodischen Vorgehensweisen einer Beteiligung der eigentlichen Adressaten an der Hilfeleistung im Wege stehen, müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden:

#### *1. Auftragssituation und fremde „Beratungskultur“*

Der Auftrag zur Beratung kommt in den meisten Fällen von den Eltern, die Aufträge der Kinder sind oft weniger ausgesprochen und greifbar. BeraterInnen bzw. TherapeutInnen fühlen sich unterschwellig den Eltern als Hauptauftraggeber verpflichtet, sehen sie als Hauptgesprächspartner und richten die Therapie oder Beratung erwachsenenorientiert aus.

Jüngere Kinder tendieren entwicklungsbedingt dazu, sich in der sozialpsychologischen Grupsituation des Familiengesprächs der Übermacht der Erwachsenenautoritäten unterzuordnen und ihre Bedürfnisse und Anliegen zurückzunehmen. Wenn die BeraterInnen diesen „Autoritätsdruck“ aus unbewusster Loyalität zum Auftraggeber aufrechterhalten, werden kindgerechtere Interaktionsformen (die bei Eltern möglicherweise auf Ablehnung stoßen würden) vermieden. Ältere Kinder und Jugendliche sind mit der spezifischen „Beratungskultur“, in der sie sich gegenüber einer fremden Beraterperson offen über ihre Gefühle und Problemlagen äußern sollen, noch weniger vertraut als ihre Eltern. Werden sie zu Sitzungsbeginn nicht ausreichend über die Ziele und Vorgehensweisen in diesem Kontext aufgeklärt, werden sie sich kaum zur Beteiligung an den Gesprächen ermutigt fühlen.

#### *2. Unterschätzung der Kinder als Kommunikationspartner*

TherapeutInnen und BeraterInnen könnten dazu tendieren, besonders jüngere Kinder in ihren Kompetenzen als Interaktionspartner mit ihren spezifischen Ausdrucksmöglichkeiten zu unterschätzen. Sie bemühen sich deshalb wenig darum, eine Sprache und Methoden zu verwenden, die Kindern eine stärkere Beteiligung am therapeutischen Prozess ermöglichen würde.

#### *3. Ausbildungs- und Methodendefizite*

Nicht wenigen FamilientherapeutInnen mangelt es ausbildungsbedingt an einem Repertoire kindgerechter Methoden und an einem selbstverständlichen Umgang mit Kindern in der Therapiesituation. In der bereits zitierten Studie von Korner und Brown (1990) zeigte sich, dass ein Viertel der befragten FamilientherapeutInnen über keine spezielle Ausbildung für die therapeutische Arbeit mit Kindern verfügte und weitere 49 Prozent ihre Ausbildung in diesem Bereich als unzureichend einstufte.

Um chaotische Therapiesitzungen oder vergebliche Kontaktaufnahmeversuche mit den Kindern – und die damit verbundenen Insuffizienzgefühle – zu vermeiden, gehen BeraterInnen und TherapeutInnen derartigen Situationen durch einen Settingwechsel (z.B. getrennte Elterngespräche und kindzentrierte Einzelsitzungen) oder inhaltliche Konzentration auf das Gespräch mit den Eltern im Familiensetting aus dem Weg. Viele der dabei verwendeten Techniken und Interventionen aus der systemischen Familientherapie setzen entwicklungspsychologisch implizit das kognitive Entwicklungsniveau des „konkret-operativen“ (ab ca. 7 Jahren) oder sogar „formal-operativen“ Denkens (ab ca. 11 Jahren) nach Piaget (1975) voraus. Jüngere Kinder sind deshalb unter Umständen kognitiv nicht in der Lage, die entsprechenden Methoden und die dafür benutzte Sprache zu verstehen und nachzuvoll-

ziehen. Besonders bei der Anwendung zirkulärer Fragetechniken bei Familien mit jüngeren Kindern stoßen diese schnell an Verständnissgrenzen. Benson, Schindler-Zimmermann und Martin (1991) haben verschiedene Arten zirkulärer Fragen (nach einer Typologie von Boscolo, Ceccin, Hoffmann und Penn, 1987) auf ihre

entwicklungspsychologische Eignung für Kinder hin überprüft. Auf der Grundlage ihrer Ergebnisse zeigt Tabelle 2 fünf Fragetypen mit einem Beispielsatz und den jeweiligen kognitiven Fähigkeiten, die zum Verständnis der Fragen notwendig sind:

Tabelle 2: Zirkuläre Fragen und ihre kognitiven Voraussetzungen

<i>Fragetypen</i>	<i>Beispielsatz</i>	<i>Kognitive Fähigkeit</i>
1. Fragen nach Beziehungsunterschieden	„ <i>Wer steht deinem Vater näher, deine Schwester oder deine Mutter?</i> “	Perspektivenübernahme
2. Fragen nach Ausmaßunterschieden	„ <i>Wie schwer war auf einer Skala von 1-10 der Kampf ums Schlafengehen?</i> “?	Abstrakter Zahlenbegriff
3. Fragen nach Verhaltenssequenzen	„ <i>Was tat deine Schwester, nachdem du deinen Bruder geschlagen hast?</i> “?	Perspektivenübernahme Kausale Abläufe
4. Hypothetische Fragen/Zukunftsfragen	„ <i>Wie wird sich dein Vater verändern, wenn du von Zuhause ausgezogen sein wirst?</i> “?	Formal-operatives Denken
5. Jetzt-Dann-Unterschiede	„ <i>Hat dein Vater mehr gearbeitet bevor oder nachdem deine Schwester geboren wurde?</i> “?	Flexibler Zeitbezug bzw. -vergleich

Die meisten aufgeführten kognitiven Fähigkeiten entwickeln sich erst im Grundschulalter, jüngere Kinder sind demnach überfordert, die Fragen in dieser Form zu verstehen und darauf zu antworten. Ein Gespräch auf diesem kognitiven Niveau langweilt jüngere Kinder schnell, sie fühlen sich möglicherweise nicht genügend integriert und reagieren mit (innerem) Rückzug.

Es bleibt unübersehbar, dass die Förderung der Partizipation von Kindern und Jugendlichen in Beratungsprozessen einer kritischen Reflexion der institutionellen Abläufe und gegebenenfalls einer Modifikation der verwendeten Beratungsmethoden bedarf.

#### **4 Informierte Zustimmung und modifizierte Beratungsmethoden – Voraussetzungen für eine verbesserte Partizipation von Kindern und Jugendlichen**

Die Situation von Kindern und Jugendlichen im Kontext der institutionellen Erziehungsberatung ist durch eine „doppelte Asymmetrie“ gekennzeichnet: Sie stehen – wie Klienten im Allgemeinen – als Hilfsbedürftige in einer Notlage BeraterInnen gegenüber, auf deren fachliche Kompetenz und verantwortungsvollen Umgang mit der „Expertenmacht“ sie sich – wohl oder übel – verlassen müssen. Während erwachsene Klienten jedoch im Zweifelsfall zumindest die Möglichkeit haben, ihre Unzufriedenheit zum Ausdruck zu bringen oder sich gegebenenfalls an anderer Stelle Hilfe zu suchen, erleben Jugendliche und vor allem Kinder eine zusätzliche Abhängigkeit gegenüber erwachsenen Autoritätspersonen. Sie sind dar-

auf angewiesen, dass sowohl Eltern als auch Fachkräfte ihre Bedürfnisse wahrnehmen und fürsorglich berücksichtigen. Damit besteht für Kinder und Jugendliche in der Beratung die Gefahr, in doppelter Hinsicht (als Klienten und als von Erwachsenen Abhängige) manipuliert und kontrolliert zu werden.

Beide Asymmetrien können nicht ignoriert oder gar aufgelöst werden, sie sind den jeweiligen Beziehungen bzw. Rollenverhältnissen immanent. Partizipationsförderung kann für die professionellen HelferInnen vor diesem Hintergrund nicht heißen, Kinder und Jugendliche in allen Situationen und bei jedem Thema wie ihre Eltern zu behandeln. Im Beratungsverlauf kann es beispielsweise immer wieder zu Situationen und Konstellationen kommen, in denen ein Settingwechsel (z.B. vom Familien- zum Paarsetting) und der damit verbundene Ausschluss der Kinder aus den Gesprächen fachlich angezeigt ist (z.B. bei eskalierenden Paarkonflikten oder Themenstellungen, die auf der Elternpaarebene angesiedelt sind).

Partizipationsförderung beinhaltet vielmehr die Schaffung von Möglichkeitsräumen, die Kinder und Jugendliche nutzen können, um aktiv am Beratungsgeschehen mitzuwirken und ihre Anliegen bzw. Interessen zu artikulieren. In diesem Sinne können folgende Ansätze und Maßnahmen dazu beitragen, die Partizipationschancen junger Klienten in der Erziehungsberatung zu verbessern:

### *1. Offene und lebensweltorientierte Beratungsansätze*

Die im Verlauf einer Beratung entwickelten Handlungs- und Entscheidungsoptionen können nur dann ihre ganze Wirkung entfalten, wenn sie mit den individuellen und subjektiv geprägten, lebensweltlichen Sinnhorizonten der Klienten verknüpft werden (Bettmer, 2001). Institutionalisierte Beratung findet jedoch meist in einem erwachsenenorientierten Kontext statt, der Kindern und Jugendlichen

fremd ist. In der für die Klientenfamilien ohnehin oft lebensweltfernen Beratungssituation entdecken sie weniger Bezugspunkte zu ihren alltäglichen inneren und äußeren Wirklichkeiten als erwachsene Klienten, was als eine Erklärung für den geringeren Nutzen, den sie im Vergleich zu Eltern aus der Beratung ziehen, gelten kann. Eine stärkere lebensweltliche Öffnung der institutionellen Erziehungsberatung, die in der Praxis trotz langjähriger Diskussionen und vereinzelter Ansätze (z.B. Seuss-Seberich, 2000) noch immer nicht zur Regel geworden ist (vgl. Abel, 1996), könnte die Beteiligungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in zweifacher Hinsicht verbessern: Eine Beratung, die sich räumlich und regional den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen annähert (z.B. durch offene Beratungsansätze im Rahmen eines Jugendcafés), erleichtert den Adressaten den Zugang und die Inanspruchnahme der Hilfe. BeraterInnen, die sich mit den kindlichen Lebenswelten und Erfahrungen vertraut machen (z.B. im Sinne des Konzepts des „Sozialen Sinnverstehens in der Beratungsarbeit“, Metzmacher & Zaepfel, 1998), sind eher in der Lage, die Belange von Kindern und Jugendlichen wahrzunehmen und zu berücksichtigen.



### *2. Das Konzept der „informierten Zustimmung“*

Mit dem Konzept der „informierten Zustimmung“ stellten Reiter-Theil, Eich und Reiter (1993) ein Verfahren vor, mit dem Minderjährige – entsprechend ihrer Kompetenzen – verstärkt in Entscheidungen über die Teilnahme an der Beratung und die Aushandlung der Beratungsziele einbezogen werden können. Dabei handelt es sich um das im Rahmen des Ethikdiskurses in der Medizin entwickelte Prinzip, Patienten über Art, Ziele, Risiken der Behandlung und über Behandlungsalternativen aufzuklären, um auf dieser Informationsbasis deren explizites Einverständnis zu den geplanten Maßnahmen einzuholen. Übertragen auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sind jedoch besondere Schritte nötig, um den Adressaten eine Zustimmungsentscheidung zu ermöglichen: Die dafür nötigen Informationen müssen so aufbereitet werden, dass sie von Kindern und Jugendlichen mit ihrem jeweiligen kognitiven Entwicklungsstand aufgenommen und verstanden werden können (z.B. mittels Comics über den Verlauf und die Inhalte einer Beratung). Ferner muss von Seiten der BeraterIn darauf geachtet werden, dass die Entscheidung des Kindes bzw. der Jugendlichen gehört und respektiert wird. Der betroffene junge Klient kann dabei durch das gezielte Ansprechen seiner Ängste und Beratungsmotivation sowie durch das Eingehen auf seine nonverbalen Signale unterstützt werden.

### 3. Modifizierte kindgerechte Beratungsmethoden

Generell sind vor allem aktive, handlungsorientierte und spielerische Methoden dazu ge-

eignet, insbesondere Kinder besser an Beratungsprozessen zu beteiligen (z.B. durch Puppenspiele, Rollenspiele, Malen, Ton). Eine Rhythmisierung der Sitzungen im Sinne eines Wechsels von Gesprächs- und Spielphasen hilft dabei, sie nicht mit einem gesprächslastigen Beratungsstil zu überfordern und zu langweilen. Weitere konkrete Hilfsmittel oder Methoden, die eingesetzt werden können, um kindliche Ausdrucksformen und Kooperationsangebote einzubeziehen, wurden bereits an anderer Stelle (Vossler, 2000) skizziert.

Interventionen und Techniken aus der systemischen Familientherapie und -beratung, die jüngere Kinder in ihrem kognitiven Entwicklungsniveau überfordern, können so modifiziert werden, dass sie auch für diese Zielgruppe verständlich und nachvollziehbar werden. Langseth Johannesen, Rieber und Trana (2000) haben beispielsweise eine Variante des „reflecting teams“ (Andersen, 1991) entwickelt, bei der die aus reflektierenden Prozessen entwickelten Ideen und Anregungen über metaphorische Geschichten, die mit Handpuppen gespielt werden, an die Klientenfamilien rückgemeldet werden. Ein anderes Modifizierungsbeispiel sind die in Tabelle 3 dargestellten kindgerechteren Variationen, die von Benson et al. (1991) für die verschiedenen Arten zirkulärer Fragen (vgl. Tab. 2) vorgeschlagen wurden:

Tabelle 3: Modifikation zirkulärer Fragen

<i>Fragetypen</i>	<i>Beispiele für Modifikationen / Hilfsmittel</i>
1. Fragen nach Beziehungsunterschieden	Hilfen zur Perspektivenübernahme durch Verwendung von z.B. Stühlen, Rollenspiele mit vertauschten Rollen (Kind spielt Vater)
2. Fragen nach Ausmaßunterschieden	Bildliche Darstellung der Unterschiede (z.B. durch Smilie-Gesichter, Thermometer-Skala)

3. Fragen nach Verhaltenssequenzen	Videoaufnahmen von Rollenspiel-Sequenzen, Vor- und Zurückspulen, leere Bildergeschichten-Rahmen mit aktuellem Problem in der Mitte
4. Hypothetische Fragen/Zukunftsfragen	Sandkastenspiel, gestalterische Darstellung
5. Jetzt-Dann-Unterschiede	Puppenspiel mit Vorhang und zwei Aufzüge: Damals und Jetzt

Letztlich lässt sich ohne die „Stimmen“ der Kinder und Jugendlichen selbst eine verbesserte Partizipation an Beratungsprozessen kaum erreichen. Sie müssen nach ihrer Wahrnehmung und ihren Bedürfnislagen gefragt werden, um sie bei der Gestaltung der Hilfeleistung berücksichtigen zu können. Regelmäßige NutzerInnenbefragungen im Rahmen von Evaluations- und Qualitätssicherungsprozessen

können dabei helfen, eine klientenorientierte „Partizipationskultur“ an den Beratungsstellen zu etablieren und Rückmeldungen von Kindern und Jugendlichen zur Verbesserung der Beratungsqualität zu nutzen. Evaluationsinstrumente (Fragebögen, Interviews) werden in diesem Kontext zugleich zu „Partizipationsinstrumenten“ (Müller-Kohlenberg, 2001) für Kinder und Jugendliche.

## Literatur

- Abel, A.H. (1996). Beratung in der Jugendhilfe. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28, 49-69.
- Andersen, T. (1991). *Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge*. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Benson, M.J., Schindler-Zimmerman, T. & Martin, D. (1991). Accessing children's perceptions of their family. Circular Questioning revisited. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 363-372.
- Bettmer, F. (2001). Jugendberatung in der offenen Jugendarbeit? Die Perspektive von Jugendlichen. *deutsche Jugend*, 49, 108-116.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (1998). *Erziehungs- und Familienberatung in Zahlen. Einrichtungen in den alten und in den neuen Bundesländern*. Fürth: bke.
- Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (bke) (1999). *Qualitätsprodukt Erziehungsberatung. Empfehlungen zu Leistungen, Qualitätsmerkmalen und Kennziffern*. Reihe „Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder und Jugendhilfe (QS 22) des BMFSFJ. Bonn.
- Cederborg, A.-C. (1997). Young children's participation in family therapy talk. *American Journal of Family Therapy* 25, 28-38.
- Dowling, E. (1993): Are family therapists listening to the young? A psychological perspective. *Journal of Family Therapy* 15, 403-411.
- Hundsals, A. (1995). *Die Erziehungsberatung. Grundlagen, Organisation, Konzepte und Methoden*. Weinheim: Juventa.
- Jacob, A. (1999). Dimensionen der Erziehungsberatung. In L. Marschner (Hrsg.), *Beratung im Wandel*. Eine Veröffentlichung der bke. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Jacob, B. (1996). Katamnestiche Untersuchungen zur Wirksamkeit von Erziehungsberatung. In K. Menne, H. Cremer & A. Hundsals (Hrsg.), *Jahrbuch für Erziehungsberatung, Bd. 2* (S. 261-273).
- Korner, S. & Brown, G. (1990): Exclusion of children from family psychotherapy: family therapists' beliefs and practices. *Journal of Family Psychology* 3, 420-430.
- Kurz-Adam, M. (1999). Selbstbewusste Unordnung. Vom Umgang mit der Vielfalt in der Beratungsarbeit. In L. Marschner (Hrsg.), *Be-*

- ratung im Wandel (S. 77-89). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Langseth Johannesen, T., Rieber, H. & Trana, H. (2000). Die reflektierenden Handpuppen. Ein neuer Weg der Kommunikation mit Kindern in der Familientherapie. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 18, 68-80.
- Lenz, A. (1990). *Ländlicher Alltag und familiäre Probleme: eine qualitative Studie über Bewältigungsstrategien bei Erziehungs- und Familienproblemen auf dem Land*. München: Profil.
- Lenz, A. (2000). Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Ergebnisse einer explorativen Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 765-778.
- Lenz, A. (2001). *Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie. Entwicklungen, Befunde und Handlungsperspektiven*. Weinheim: Juventa.
- Märtens, M. & Petzold, H. (1995). Psychotherapieforschung und kinderpsychotherapeutische Praxis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44, 302-321.
- Menne, K. (1996): Erziehungsberatung 1993. Rat-suchende und Einrichtungen. In: Menne, K. & Cremer, H. & Hundsals, A. (Hrsg.): *Jahrbuch für Erziehungsberatung. Band 2* (S.223-240). Weinheim: Juventa.
- Metzmacher, B. & Zaepfel, H. (1998). Gesellschaft im Umbruch – Beratung im Aufbruch. *Schriftenreihe des Diözesan-Caritasverbandes für das Erzbistum Köln e. V., Heft 48*. Köln: Caritasverband.
- Müller-Kohlenberg, H. (2001). Partizipation von Kindern und Jugendlichen als Ressource in Evaluation und Qualitätsentwicklung. In BMFSFJ (Hrsg.), *Perspektiven der Evaluation in der Kinder- und Jugendhilfe* (S. 74-79). Reihe „Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder und Jugendhilfe“ (QS 35) des BMFSFJ. Bonn.
- Naumann, K. & Beck, M. (1994). Effekte von Erziehungsberatung: Eine katamnestiche Studie. In H. Cremer, A. Hundsals, K. Menne (1994), *Jahrbuch für Erziehungsberatung, Band 1* (S. 253-270). Weinheim: Juventa.
- Piaget, J. (1975). *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reiter-Theil, S., Eich, H. & Reiter, L. (1993). Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 42, 14-20.
- Rietz, P. & Wahl, S. (2001). „Serientäter“: Psychologen und Psychologinnen im Fernsehen – Eine kritische Betrachtung. *Report Psychologie*, 26, 534-539.
- Schmidt, M. (1998): Systemische Therapie / Beratung. In: Körner, W. & Hörrmann, G. (Hrsg.), *Handbuch der Erziehungsberatung. Band 1*. (S. 411-433). Göttingen: Hogrefe.
- Seus-Seberich, E. (2000). Erziehungsberatung zwischen Therapie und Prävention. Ein gemeindepsychologischer Zugang zur Beratungspraxis am Beispiel des Münchner SOS-Beratungs- und Familienzentrums. *Frühförderung interdisziplinär*, 19, 30-38.
- Specht, F. (2000). Entwicklung der Erziehungsberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland – ein Überblick. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 728-736.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998). *Fachserie 13 – Sozialeleistungen. Reihe 6.1.1 Jugendhilfe – Institutionelle Beratung, Einzelbetreuung und sozialpädagogische Familienhilfe 1996*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Straus, F., Höfer, R. & Gmür, W. (1988). *Familie und Beratung. Zur Integration professioneller Hilfe in den Familienalltag. Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Klienten*. München: Profil-Verlag.
- Vossler, A. (2000). Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? – Kinder in der systemischen Familientherapie und -beratung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 435-449.
- Zilbach, J.J. (1986). *Young children in family therapy*. New York: Brunner / Manzel.

#### Autor

✉ Andreas Vossler Deutsches Jugendinstitut  
e.V. Nockherstr. 2 81541 München,

[vossler@dji.de](mailto:vossler@dji.de)



## **Dabeisein ist alles ! ? Partizipation in einer Therapeutischen Jugendwohngruppe**

Ulrike Juchmann

### *Zusammenfassung*

Die Autorin arbeitet als Psychologin in einer Therapeutischen Jugendwohngruppe und stellt in diesem Artikel Partizipationsformen vor, die im Kontext stationärer Jugendhilfe entwickelt und erprobt wurden. Zu Beginn wird der Arbeitskontext beschrieben und einige systemische Ideen zur Partizipation werden benannt. Anhand von Praxisbeispielen werden verschiedene Partizipationsmöglichkeiten wie das Reflektierende Team und ein Interviewleitfaden erläutert.

*Schlüsselwörter:* stationäre Jugendhilfe, systemischer Ansatz von Pädagogik und Therapie, Therapeutische Jugendwohngruppe, Partizipationsformen, Reflektierendes Team, Interviewleitfaden zur Evaluation der Beteiligung

### *Abstract*

The author works as a psychologist at a group home for young people. In this article she shows forms of member participation in decision making, therapy and everyday living. First the context of work is described and some basic aspects of the systemic approach are named. Two examples emphasize different opportunities of participation: the work with the reflecting team and the development of questions for an interview to evaluate participation.

*Keywords:* residential home for young people; systemic approach; forms of member participation; reflecting team; evaluation

### **Der Kontext – die Therapeutische Jugendwohngruppe**

Die Therapeutische Jugendwohngruppe des freien Trägers der Jugendhilfe „Neues Wohnen im Kiez e.V.“ besteht seit Januar 1996 und befindet sich in Berlin Lichtenberg. In der Wohngruppe leben insgesamt 12 Jugendliche im Alter von 14 bis 21 Jahren, die rund um die Uhr betreut werden. Es gibt zwei Gruppen mit jeweils 5 Plätzen und einen Verselbständigungsbereich für zwei Jugendliche, die sich auf den Übergang in eigenen Wohnraum vorbereiten. Für jede Wohngruppe sind zwei weibliche und zwei männliche ErzieherInnen zuständig. Es arbeiten also insgesamt 8 PädagogInnen und zusätzlich ein Sozialarbeiter, ein Leiter und ich als Psychologin im Team.



Die Jugendlichen, mit denen wir arbeiten, können aus vielfältigen Gründen vorübergehend oder dauerhaft nicht mehr in ihren Familien leben. Viele haben Gewalt, Drogen, sexuellen

Missbrauch, Verwahrlosung oder auch Einingung und Überforderung in ihren Familien erlebt. Sie zeigen Symptome wie depressives oder aggressives Verhalten, Suizidalität, Essstörungen, delinquentes Verhalten oder Drogenmissbrauch. Im Ausbildungs- und Schulbereich kommt es häufig zu Konflikten und auch zu Abbrüchen der Zusammenarbeit. Betrachtet man das Verhalten der Jugendlichen im Kontext ihrer Herkunftsfamilien so erscheint es trotz negativer Auswirkungen oft als ein sinnvoller Lösungsversuch.

Von Anfang an beziehen wir die Eltern und Familien in unsere Arbeit ein. Die Jugendlichen stimmen meist einer Zusammenarbeit mit ihren Eltern zu und nehmen gemeinsame Gesprächsangebote an. Es gibt sowohl einzeltherapeutische Gespräche für die Jugendlichen als auch Elternberatung und familientherapeutische Angebote. Wir machen mit dieser Verknüpfung von Einzeltherapie für den Jugendlichen und einem zusätzlichen Angebot für die Familien gute Erfahrungen. Durch die Kombination der verschiedenen Settings soll vermieden werden, dass die Jugendlichen im therapeutischen Prozess zu kurz kommen beziehungsweise ins „therapeutische Abseits“ geraten (Vossler, 2000).

Das Zusammenspiel von Pädagogik und Therapie ist entscheidend für das Gelingen unserer Arbeit. Eine systemische und lösungsorientierte Grundhaltung stellt unser pädagogisches und therapeutisches Handeln auf eine gemeinsame theoretische und methodische Basis (vgl. Juchmann & Nürnberg, 1999). Die Verknüpfung von Pädagogik und Therapie zeigt sich beispielsweise in der gemeinsamen Gestaltung von Übergängen wie dem Beginn und dem Ende der Zusammenarbeit, dem Wahrnehmen von Veränderungen (vgl. Durrant, 1996; Juchmann, 2002) und bei der Arbeit mit dem Reflektierenden Team (Juchmann, 2001).

Die Beteiligung von Jugendlichen und ihren Familien ist besonders zu Beginn der Zusammenarbeit entscheidend. Die Betroffenen haben im Vorfeld meist schon verschiedene Hilfeformen in Anspruch genommen (z.B. Beratung, Aufsuchende Familienhilfe, Aufenthalte in einer Kriseneinrichtung und/oder einer Kinder- und Jugendpsychiatrie). Sie wissen nicht mehr weiter, fühlen sich hilflos und inkompetent. Die Jugendlichen haben die Kontrolle über ihr Verhalten weitgehend abgegeben und fühlen sich den Problemen gegenüber machtlos. Sie haben Angst als krank oder hoffnungslos etikettiert zu werden. Die Eltern haben meist das Gefühl, in der Erziehung versagt und alles falsch gemacht zu haben. Oft wünschen sie sich, die weitere Verantwortung einfach abgeben zu können und sie den professionellen Helfern zu übertragen.

Wir respektieren die Entscheidungen, Vorgehensverfahren, Bemühungen, Kompetenzen und auch Schwierigkeiten der Jugendlichen und ihrer Eltern. Durch die Beteiligung der Betroffenen beim Aushandeln von Zielen und Klären von Aufträgen und Erwartungen wird eine kooperative Form der Zusammenarbeit begonnen. Unser Ziel ist es, die Verantwortung für Veränderungen so weit es sinnvoll ist, bei dem Jugendlichen und seiner Familie zu lassen und sie im Veränderungsprozess zu unterstützen. Es geht also darum, ein Umfeld zu schaffen, einen Kontext zu gestalten, in dem Veränderung, Selbstkontrolle, Verantwortungsübernahme und Kompetenzerfahrungen möglich werden.

### **Einige systemische Ideen zur Partizipation**

Rotthaus (1999) stellt in seinem Buch *Wozu erziehen? – Entwurf einer systemischen Erziehung* drei „wichtige Grunderkenntnisse für Erziehung“ vor.

Zunächst betont er die Autonomie jedes Individuums, wenn er schreibt: „Menschen sind nicht in verlässlicher Weise zu einem ganz bestimmten, von einem anderen festgelegten Verhalten zu verändern“ (Rotthaus, 1999, S. 66).

Als zweite Erkenntnis formuliert er: „Jeder Mensch, insbesondere das sich in besonders stürmischer Entwicklung befindliche Kind ist auf Anregungen, auf Unterstützung, Förderung und Erziehung angewiesen“ (Rotthaus, 1999, S. 71).

Und die dritte Grunderkenntnis lautet, „dass jedes Individuum in seinen Handlungsmöglichkeiten durch die Umweltbedingungen, unter denen es lebt, eingeschränkt ist, dass ihm aber ein – in seiner Größe jeweils unterschiedlicher – Verhaltensspielraum oder Möglichkeitsraum für eigenständiges Handeln zur Verfügung steht“ (Rotthaus, 1999, S. 75).

An diesen drei Grundmaximen können wir uns auch orientieren, wenn es um das Thema Partizipation geht. Wir respektieren die Autonomie des Jugendlichen, aber wir wissen, dass er Anregung, Unterstützung, Grenzen und manchmal auch Konfrontation braucht, um sich weiter entwickeln zu können. Außerdem ist es wichtig, die Vorerfahrungen des Jugendlichen zu berücksichtigen. Seine Lebensgeschichte und sein Familiensystem haben entscheidend mitbestimmt, welche Verhaltens- und Entscheidungsspielräume er zur Verfügung hat.

### Praxisbeispiele

Im Folgenden wird anhand von Beispielen gezeigt, wie die Beteiligung von Jugendlichen im Kontext von stationärer Jugendhilfe praktisch umgesetzt werden kann.

Im ersten Beispiel wird die Methode des Reflektierenden Teams als Partizipationsform in der Zusammenarbeit mit einem 16-Jährigen Jungen vorgestellt. Im zweiten Beispiel erzählt

und bewertet eine 19-Jährige junge Frau ihre Beteiligungsmöglichkeiten und -erfahrungen in unserer Wohngruppe.

### Die Arbeit mit dem Reflektierenden Team

Das Reflektierende Team ist eine besondere Form der Konversation, die von Tom Andersen (Norwegen) in den 80er Jahren entwickelt wurde. BeraterInnen reflektieren in Anwesenheit der Klienten, wobei die Positionen von Zuhören und Sprechen gewechselt werden (Andersen, 1991, S. 43; Andersen, 1995, S. 33).

Das Reflektierende Team orientiert sich an bestimmten Regeln:

- Es wird über das reflektiert, was zuvor gehört wurde. Man knüpft an die Themen und Fragen der Klienten an, wobei das Aufgreifen von Schlüsselwörtern bedeutsam sein kann.
- Die Äußerungen und Reflexionen werden respektvoll und mit Wertschätzung formuliert.
- Festschreibungen oder Meinungen gilt es zu vermeiden. Ein vorsichtiges, suchendes Sprechen mit Formulierungen wie „ich frage mich, ob...“; „mir geht durch den Kopf ...“ „könnte es möglicherweise sein, dass...“ ist hilfreich.
- Es geht nicht um die eine richtige, passende Idee, vielmehr haben unterschiedliche Perspektiven nebeneinander Platz (ein Blumenstrauß an Ideen). Der Klient hat die Möglichkeit, zu entscheiden, was für ihn passt.
- Die Ideen sollten „angemessen ungewöhnlich“ (Andersen, 1991, S. 46ff) sein, nicht zu fremd und zu ungewöhnlich für den Klienten, aber dennoch so neu und überraschend, dass sie Verhaltensänderungen anstoßen.

Im Kontext der stationären Jugendhilfe scheint das Reflektierende Team noch wenig Anwendung zu finden.

In unserer Therapeutischen Jugendwohngruppe haben wir das klassische Vorgehen des Reflektierenden Teams (RT) verändert und verschiedene Formen Reflektierender Prozesse entwickelt, die ich kurz vorstellen möchte (ausführlicher Juchmann, 2001).

1. Ein Jugendlicher kommt ins Team und seine Fragen, Anliegen werden besprochen, während der Jugendliche zuhört (Fallbesprechung in Anwesenheit des Jugendlichen).
2. In der wöchentlichen Gruppenstunde reflektieren zwei ErzieherInnen in Anwesenheit der Jugendlichengruppe (über Gruppenthemen, eigene Wahrnehmungen).
3. Zwei ErzieherInnen sprechen in Anwesenheit eines Jugendlichen, der nicht zu einem Gespräch aber zum Zuhören bereit ist.
4. Die Bezugsbetreuerin und die Psychologin führen ein gemeinsames Gespräch mit einer Jugendlichen und anschließend äußern sie ihre Gedanken, und die Jugendliche hört zu und kommentiert dann das Gehörte.
5. In familientherapeutischen Gesprächen tauschen sich zwei Therapeutinnen vor der Familie aus oder eine Therapeutin führt ein hörbares Selbstgespräch.

In einzeltherapeutischen Gesprächen reflektiert die Psychologin mit sich selbst und der Jugendliche hat die Möglichkeit, zuzuhören.

In einem Gespräch mit zwei Jugendlichen, die eine ähnliche Problematik oder Geschichte haben (z.B. die Erfahrung mit einer drogeninduzierten Psychose) kann mit einem Jugendlichen reflektiert werden, während der andere zuhört (Jugendliche als Co-Therapeuten).

Im Team nutzen wir das RT als Form der kollegialen Supervision.



Diese verschiedenen Formen reflektierender Prozesse und weitere Spielarten davon haben wir ausprobiert und weiter entwickelt. Nun möchte ich *eine* Form der reflektierenden Prozesse genauer vorstellen, das Sprechen im Team in Anwesenheit des Jugendlichen, die eine besondere Form der Fallbesprechung darstellt. Zunächst beschreibe ich den Ablauf einer RT- Sitzung. Der Jugendliche wird im Vorfeld von seinem Bezugsbetreuer und von mir in den einzeltherapeutischen Gesprächen über die Möglichkeit, an der Teamsitzung teilzunehmen und so die Sichtweisen der MitarbeiterInnen zu erfahren, informiert. Auch der Ablauf des RT, die Regeln und der Sinn dieser Regeln werden erläutert. Wir machen dem Jugendlichen das Angebot, ins RT zu kommen, die Entscheidung trifft er dann selbst. „Die Möglichkeit *nein* zu sagen, wird im RT als grundlegend angesehen“ (von Schlippe & Schweitzer, 1996, S. 200). Stimmt der Jugendliche der Teilnahme zu, dann werden seine Themen und Fragen in der Einzeltherapie besprochen. Das verringert bestehende Ängste und dient der Vorbereitung.

Das RT-Termin findet in unserer regulären Teamzeit statt und wird auf ca. 30 Minuten begrenzt. Eine Zeitbegrenzung ist hilfreich, um eine Fokussierung auf wichtige Bereiche zu erleichtern und eine Überforderung des Jugendlichen durch zu viele Informationen zu vermeiden. Wenn der Jugendliche im Team erscheint, ist die Sitzordnung bereits vorbereitet. Das Reflektierende Team sitzt im Kreis einander zugewandt. Der Jugendliche setzt sich

neben mich, außerhalb des Kreises. Ich erläutere nochmals die Sitzordnung und den Ablauf und bespreche mit ihm seine Themen und Fragen. Diese Gesprächsphase ist relativ kurz, weil viele Jugendliche sich scheuen vor den MitarbeiterInnen zu sprechen, sie möchten lieber erst einmal zuhören. Außerdem dient die erste Gesprächsphase nicht primär dazu, Erfahrungen und Informationen zu generieren, sondern als Anwärmphase, um Kontakt mit dem Jugendlichen aufzunehmen. Oft ist es hilfreich, wenn ich die Fragen des Jugendlichen gemeinsam mit ihm ordne, um möglicherweise nur eine Frage zu reflektieren oder mehrere Reflexionsrunden nacheinander durchzuführen. Es findet also eine Strukturierung und Fokussierung statt (vgl. Reiter, 1991), um dem Jugendlichen das Zuhören zu erleichtern und ihm Sicherheit zu geben. Zusätzliche Unterstützung gewährt meine Begleitung, mein „Zur-Seite-Sitzen“. Als Einzeltherapeutin wäre es nicht sinnvoll, im Team mit zu reflektieren, weil der Jugendliche dann Angst hätte, ich würde Einzelheiten aus der Therapie erzählen. Aber ich leite das RT an, trete also als Moderatorin auf und kann den Jugendlichen dabei unterstützen, sich wohl und verstanden zu fühlen. Ich kann Blickkontakt aufnehmen, Körpersignale wahrnehmen und mich einfühlen, wie es dem Jugendlichen beim Zuhören geht. Wenn ich den Eindruck habe, dass er sich unwohl fühlt, kann ich das ansprechen, nachfragen und gegebenenfalls auch die Reflexionsphase abkürzen. Meine Aufgabe ist es also zum einen, dem Jugendlichen Schutz, Sicherheit und Orientierung zu vermitteln, zum anderen, den Ablauf des RT mit seinen unterschiedlichen Phasen anzuleiten, ohne mich inhaltlich in die Reflexionsphase einzumischen. Die Mitglieder des Reflektierenden Teams haben die Aufgabe, die Fragen und Themen des Jugendlichen aufzugreifen, sie mit ihren Erfahrungen, Beobachtungen und Ideen zu verbinden und wertschätzende und „angemessen ungewöhnliche“

Rückmeldungen zu geben. Sie reden dabei eher zu sich selbst als zu den KollegInnen, damit die einzelnen Positionen klarer werden und keine Diskussion entsteht, in der verschiedene Sichtweisen miteinander konkurrieren oder gar bewertet werden. Die MitarbeiterInnen beziehen sich aber immer wieder aufeinander oder regen sich mit Ideen an. Der Jugendliche wird nicht direkt angesprochen und auch nicht angeschaut, es wird in der 3. Person über ihn gesprochen. Dadurch gerät er nicht in eine Rechtfertigungsposition, in der er sich aufgefordert fühlt, gleich Stellung zu beziehen, sondern erhält die Möglichkeit, zuzuhören, eigenen inneren Dialogen und Gefühlen zu folgen und neue Ideen und Fragen entstehen zu lassen. Nach der Reflexionsphase der Teammitglieder greife ich die Ideen und Rückmeldungen auf, und der Jugendliche kann das Gehörte kommentieren.

*1. Beispiel „Ich brauche euch nicht – ich komme auch alleine klar“ - Das Reflektierende Team mit Rudi*

Der 16-Jährige Rudi wohnt seit 8 Monaten in unserer Einrichtung. Er hatte zuvor im Alter von 9 bis 13 Jahren bei seinem Vater gelebt und war dort sehr auf sich allein gestellt und war oft mit dem zugestandenen Entscheidungsfreiraum überfordert. Er entwickelte vorzeitig eine große Autonomie. Rudi zog dann zur Mutter. Frau H. setzte klarere Grenzen und Anforderungen. Die Mutter und Rudi nahmen nach eskalierenden Konflikten Kontakt zum Jugendamt und zu uns auf. Rudi schwänzte die Schule, kiffte viel, hielt sich wenig an Absprachen und Regeln, er hatte den Kontakt zu seinem Vater abgebrochen. Zu Beginn der Zusammenarbeit tat sich Rudi mit den Regeln in unserer Einrichtung schwer. Er blieb über Nacht weg, war an Absprachen nicht interessiert und verließ die erste Hilfekonferenz mit den Worten „Ich brauch euch nicht – ich

komme auch alleine klar. Ich zieh zum Freund.“ Rudi ist dann doch bei uns geblieben und hat es durch viele Gespräche mit mir und seinem Bezugsbetreuer geschafft, sich an Absprachen zu halten und wieder in die Schule zu gehen. Die enge Zusammenarbeit mit der Mutter, sie nutzte regelmäßige Beratungsgespräche, führte zu einem „Ziehen an einem Strang“, das Rudi mehr und mehr als Unterstützung für sich erleben konnte.

Nach drei Monaten luden wir Rudi in unser Reflektierendes Team ein, er wollte aber nicht teilnehmen. Wir respektierten sein Nein, reflektierten aber in seiner Abwesenheit und gaben ihm folgende Rückmeldungen:

„Wir fragen uns, ob Du zur Zeit auf der Suche nach etwas Neuem bist? Und wir haben gedacht, dass wir es völlig normal finden, dass ein 16-Jähriger auf der Suche ist. Wir beobachten, dass Du dabei bist, Altes aufgegeben wie z.B. das Kiffen. Aber wir fragen uns, ob etwas Neues für Dich schon in Sicht ist?“

Rudi konnte unsere Rückmeldungen aufgreifen. Wir sprachen immer wieder mit ihm über die Beziehung zwischen Alt und Neu, über Veränderungen und über seine Suche. Nach weiteren drei Monaten fragte uns Rudi, ob er nun in unser Reflektierendes Team kommen könne. Er hatte es in der Zwischenzeit geschafft, wieder regelmäßig in die Schule zu gehen, kiffte nur noch am Wochenende, hatte mit unserer Unterstützung wieder Kontakt zum Vater hergestellt und wollte nun in den Verselbständigungsbereich unserer Wohngruppe ziehen.

Im zweiten Reflektierenden Team wurde nun in Rudis Anwesenheit über die von den KollegInnen wahrgenommenen Veränderungen reflektiert und auch über die Chancen und Risiken der Verselbständigung gesprochen. Rudi meinte, die MitarbeiterInnen hätten alles Wichtige gesagt und für ihn habe es den Effekt, an gute und schwierige Abschnitte erinnert wor-

den zu sein. Für ihn sei der wichtigste Erfolg, dass er nicht nur regelmäßig zur Schule gehe, sondern auch begonnen habe, zu lernen. Zwei Wochen nach dem Reflektierenden Team zieht Rudi in die Verselbständigungsgruppe, und wir markieren mit ihm, seiner Schwester und seiner Mutter diesen wichtigen Übergang durch ein Ritual (siehe Juchmann, 2002).

Wir denken, dass das Reflektierende Team eine gute Möglichkeit bietet, Jugendliche an Ideen und Reflexionen zu beteiligen und ihnen im Team Gehör zu verschaffen. Bei Rudi ist es wichtig gewesen, seine Autonomie zu respektieren und ihn an unseren Ideen und Entscheidungen zu beteiligen. Gleichzeitig war es notwendig ihm Halt, Schutz und Grenzen zu bieten und ihn darin zu unterstützen, seine Handlungsmöglichkeiten realistisch einzuschätzen.

#### **Ein Interviewleitfaden zur Beteiligung**

Das Reflektierende Team bietet eine Möglichkeit, die Gedanken und Ideen der verschiedenen MitarbeiterInnen transparenter zu machen und die Jugendlichen daran teilhaben zu lassen. Nun ist es aber auch interessant und bedeutsam, zu wissen, wie die Jugendlichen die Beteiligungsmöglichkeiten in unserer Einrichtung einschätzen. Die Jugendlichen werden also an der Evaluierung der Hilfe beteiligt und ihre Rückmeldungen sind auch während des Prozesses der Zusammenarbeit sehr nützlich. Im Folgenden stelle ich einen Interviewleitfaden vor, den ich entwickelt habe, um mit der 19-Jährigen Heike nach einem halben Jahr der Zusammenarbeit die Beteiligungsmöglichkeiten und ihre Zufriedenheit damit zu besprechen.

#### **Interviewleitfaden:**

In der Fachsprache gibt es das Wort Partizipation, das heißt soviel wie Beteiligung. Damit ist gemeint, wie werden Jugendliche in der Jugendhilfe einbezogen und beteiligt. Was gehört denn für Dich zu

Beteiligung? Finde andere Worte dafür.

Wie wirst du in den folgenden Bereichen beteiligt?

1. Bei der Hilfeplanung und bei Hilfekonferenzen ?
2. Bei der Arbeit mit der Familie ?
3. In den therapeutischen Gesprächen ?
4. Im Gruppenalltag ?
5. Im Ausbildungsbereich ?
6. Im Team (z.B. Teilnahme am Reflektierenden Team) ?
7. Bei wichtigen Entscheidungen (z.B. Einzug, Auszug) ?
8. Im Umgang mit dem Thema Suizidalität ?

Wodurch könnte die Beteiligung verbessert werden?

Gibt es aus Deiner Sicht Nachteile von Beteiligung, kann es auch zu viel Beteiligung geben?



## 2. Beispiel „Ich bin ja doch immer abgeschoben worden“ - Ein Interview zur Beteiligung mit der 19-Jährigen Heike

Heike hat in ihrer Herkunftsfamilie Gewalt und Abwertung erfahren, es gibt wenig Kommunikation in der Familie. Sie hat mehrere Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erlebt. Bevor sie zu uns kommt, lebt Heike in einer Wohngruppe, dort wird sie entlassen, weil sie ständig mit Suizid droht. Heike erlebt die Beendigung dieser Hilfe als Abbruch, als ein Abgeschobenwerden. Ihre größte Angst ist, dass etwas hinter ihrem Rücken entschieden werden könnte. Wir bemühen uns, von Beginn an, eine große Transparenz herzustellen. Wir entwerfen mit ihr einen Suizidvertrag (in dem die Signalisierung von Suizidgedanken und -absichten und das weitere Vorgehen bei akuter Suizidalität mit Heike festgelegt wurde), beziehen die Familie mit ein und beteiligen Hei-

ke an der gemeinsamen Entscheidungsfindung. Erstmals schafft es Heike, regelmäßig zu therapeutischen Gesprächen zu kommen, auch wenn sie sehr skeptisch und unsicher bleibt, inwieweit sie sich öffnen kann. Im Reflektierenden Team sprechen wir in ihrer Anwesenheit über das Thema Depression und Rückzug und ihre Signale an uns MitarbeiterInnen.

Heike erklärt sich bereit, an dem Interview zur Beteiligung teilzunehmen. Ich gebe ihr einige Tage vorher die Fragen, und sie bereitet sich auf das Gespräch vor.

Aus Platzgründen kann nur auf einige Ergebnisse der Befragung eingegangen werden.

Heike findet für den Begriff Partizipation folgende Bedeutungen: Mitwirken. Mitbestimmen. Aktiv sein. Bei der Hilfeplanung und der Vorbereitung und Durchführung von Hilfekonferenzen (Heikes letzte Hilfekonferenz liegt gerade eine Woche zurück) fühlt sich Heike gut beteiligt, sie schätzt ihre Zufriedenheit mit der Beteiligung beim Hilfeprozess auf einer zehnstufigen Skala bei 9 ein (1 steht für total unzufrieden und 10 für total zufrieden). Heike ist also sehr zufrieden mit den Beteiligungsmöglichkeiten am Hilfeprozess. Sie meint, dass ihr die vorbereitenden Gespräche mit dem Sozialarbeiter Sicherheit für die Hilfekonferenz gegeben haben. Sie habe dadurch genau gewusst, was besprochen werden soll und sich auch ermutigt gefühlt, ihre eigenen Ziele und Ideen einzubringen. In der Hilfekonferenz habe sie ihre Meinung sagen können und auch ihre zeitlichen Vorstellungen für die Fortsetzung der Hilfe erklären können. Sie habe den Eindruck gehabt, sie sei gehört und ernst genommen worden.

An der Zusammenarbeit mit ihrer Familie fühlt sich Heike ebenfalls recht gut beteiligt. Sie bewertet ihre Zufriedenheit auf der zehnstufigen Skala mit 7. Heike kann über ihre Teilnahme an den Familiengesprächen mitbestimmen und hat das Gefühl, dass nichts hinter

ihrem Rücken passiert. Sie erhält wichtige Informationen und kann „Stop“ sagen, wenn sie über bestimmte Themen nicht sprechen möchte.

Aus Platzgründen möchte ich auf die Bewertungen der Fragen 3 bis 7 nicht eingehen (siehe Interviewleitfaden).

Auf das Thema Suizidalität gehe ich jetzt noch näher ein. Heike sagt, dass ihr der Suizidvertrag, den sie mit uns geschlossen hat, Sicherheit bringt. Sie ist erleichtert, dass das Vorgehen festgelegt ist, sie aber mit einbezieht. Sie denkt, dass der Vertrag auch für die MitarbeiterInnen eine Beruhigung darstellt und damit auch für sie selbst hilfreich ist. Sie bewertet ihre Zufriedenheit bei der Beteiligung mit 2 (sehr unzufrieden). Das überrascht mich und ich frage sie, wie sie zu der doch recht niedrigen Einschätzung kommt.

Sie erklärt, dass sie genug Freiräume zur Mitbestimmung habe und auch das Gefühl hat, sehr an Entscheidungen beteiligt zu werden. Sie sei vielmehr unzufrieden mit sich selbst. Sie schaffe es nicht, selbst aktiver zu werden. Heike würde gern offener über Suizidgedanken und -absichten sprechen und sich in schwierigen Situationen Hilfe holen. Sie habe aber nach wie vor Angst, dass sie dann wieder abgeschoben wird. Heike äußert, dass sie den gegebenen Freiraum noch nicht gut nutzen kann und für ihre Suizidalität wenig Verantwortung übernimmt. An diesen Interviewausagen lässt sich erkennen, dass das Gespräch über die Evaluation hinausgeht und als eine Intervention verstanden werden kann, die Veränderungen anstößt. Heike spricht in den nachfolgenden Wochen offener über ihre Suizidgedanken und entscheidet sich zusammen mit uns für einen Psychriaufenthalt. Wir sprechen über verschiedene Möglichkeiten, wie sie und wir mit ihrer stärker werdenden Suizidalität umgehen können. Gleichzeitig zeigen wir auch unsere Grenzen auf und sprechen von unserer

Verantwortung, sie zu schützen. Sie äußert selbst massive Ängste, dass sie aus einem Hochhaus springt und greift unseren Vorschlag auf, mit ihrer Bezugsbetreuerin ein Gespräch mit dem zuständigen Arzt in der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu führen. Der Arzt schlägt eine stationäre Aufnahme vor. Heike willigt ein, sie erhält auch von Seiten der Psychiatrie die Möglichkeit, zu gehen, wenn sie denkt, dass es ihr besser geht. Heike fordert aber zunächst ein, bleiben zu können. Wir besuchen sie regelmäßig und sie hat die Zusage, dass wir im Anschluss weiter mit ihr zusammen arbeiten. Nach 1,5 Wochen entscheidet sich Heike, wieder in unsere Wohngruppe zu kommen. Sie schätzt ihre Suizidalität geringer ein und ist überzeugt, sich wieder an die Abmachungen des Vertrages halten zu können. Sie stellt in einem Gespräch fest, dass nichts gegen ihren Willen geschehen ist, dass sie Entscheidungen treffen konnte. Sie äußert auch, dass es ihr gut getan hat, nicht abgeschoben zu werden. Durch unsere Besuche hat sie gemerkt, dass sie nicht vergessen ist. Sie äußert sogar, dass sie mich als Therapeutin einmal anders erlebt hat, nämlich bei einem Spaziergang auf dem Klinikgelände und im Klinikcafé. Sie sagt: „Ich dachte, solche Dinge gehören eigentlich nicht mit zu Ihren Aufgaben“.

### **Einige Ideen zum Schluss**

Tom Andersen spricht im Zusammenhang mit dem Reflektierenden Team von „angemessen ungewöhnlichen Reflexionen“. Ich möchte diese Idee gern auf die Partizipationsprozesse übertragen. Beteiligung muss zum einen angemessen sein und zum Jugendlichen und seiner Familie passen. Vorerfahrungen, Lösungsversuche, Ressourcen und Grenzen werden berücksichtigt. Partizipation sollte aber andererseits auch ungewöhnlich genug sein, um Lernen und Veränderung zu ermöglichen. Die

Formen der Beteiligung können also nicht schematisch angewandt werden, vielmehr werden sie gemeinsam entwickelt. Die Rückmeldungen der Jugendlichen und Familien zeigen

uns, was für sie angemessen und hilfreich ist und welche Anregungen sie umsetzen möchten.

### Literatur

- Andersen, T. (1991). Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge. Dortmund: Verlag modernes Lernen Borgmann.
- Andersen, T. (1995). Reflecting Processes; Acts of Informing and Forming. In: Friedman, S. (Hrsg.): The Reflecting Team in Action – Collaborative Practice in Family Therapy, pp. 11-37. New York. Guilford Press.
- Durrant, M. (1996). Auf die Stärken kannst du bauen – Lösungsorientierte Arbeit in Heimen und anderen stationären Settings. Dortmund: Modernes Lernen.
- Juchmann, U. (2001). Neugier ist erlaubt. Die Arbeit mit Reflektierenden Prozessen in der stationären Jugendhilfe. In, Systema, 15, 3, 2001, pp. 256-270.
- Juchmann, U. (2002). Über sieben Brücken muß Du geh'n ... Rituale in der stationären Jugendhilfe. In: M. Vogt-Hillmann; W. Burr (Hrsg.) Lösungen im Jugendstil. Dortmund: Borgmann.
- Juchmann, U., Nürnberg, R. (1999). Eine Therapeutische Wohngruppe für Jugendliche - oder das Zusammenwirken von Pädagogik und Therapie. Unsere Jugend, 12, pp. 534-540.
- Reiter, L. (1991). Vom Reflektierenden Team zum Fokussierenden Team. Eine Weiterentwicklung der Idee Tom Andersens. System Familie (4), pp. 119-120.
- Rotthaus, W. (1999). Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung, Carl Auer. Heidelberg.
- Schlippe, v. A., Schweitzer, J. (1996). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Vossler, A. (2000). Als Indexpatient ins Therapeutische Abseits? Kinder in der systemischen Familientherapie und -beratung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 6, 2000, pp. 435-449.

### Autorin

- ✉ Ulrike Juchmann, Neues Wohnen im Kiez e.V., Erich-Weinert-Str. 43, 10439 Berlin, [nwik.twg.sozi@gmx.de](mailto:nwik.twg.sozi@gmx.de)

## Braucht Partizipation eine institutionelle Absicherung?

Gabriela Zink & Liane Pluto

### *Zusammenfassung*

Der Beitrag widmet sich dem Thema Partizipation von Adressaten in der Kinder- und Jugendhilfe. Auf der Basis von quantitativen und qualitativen Daten aus dem Projekt „Jugendhilfe und sozialer Wandel“ am Deutschen Jugendinstitut e.V. wird der Frage nachgegangen, warum institutionell abgesicherte Formen von Beteiligung einen geringen Stellenwert in Jugendämtern und Einrichtungen der Erziehungshilfen haben. Der Beitrag weist darauf hin, dass nicht nur die Haltung der einzelnen Fachkräfte entscheidend zur Umsetzung des Partizipationsgebotes beiträgt, sondern auch die Institutionen, in denen die Fachkräfte tätig sind, eine maßgebliche Rolle bei der Verwirklichung von Partizipation spielen. Bislang wird die Aufmerksamkeit jedoch zu wenig auf die potenziell unterstützende Funktion von Institutionen gerichtet und Beteiligung ausschließlich in die Verantwortung der betreuenden Fachkräfte gelegt. Eine fehlende institutionelle Absicherung von Partizipation birgt jedoch die Gefahr, dass die Stärkung der Position der Adressaten der Beliebigkeit ausgesetzt ist.

*Schlüsselwörter:* Partizipation in der Jugendhilfe, Hilfen zur Erziehung, informelle und institutionelle Formen von Beteiligung, Hilfeplanung, gesetzliche Vorgaben zur Beteiligung, Partizipationspraxis, Aushandlungsprozesse, Machtprozesse in der Heimerziehung

### *Abstract*

This abstract deals with participation of clients in youth work and youth welfare services. Based on quantitative and qualitative data collected by members of the project “Assistance to Young People and Social Change” at the German Youth Institute the authors analyse the question why youth offices and residential socio-educational provision for children with problems show little interest for institutionally guaranteed forms of participation. Not only the attitude of the skilled employees is essential for implementing participation but also the institutions themselves. Skilled employees are viewed to be the only ones in charge of participation. To this moment, too little attention is paid to the role institutions play, which is potentially supporting. If participation is not institutionally guaranteed, the objective of strengthening the clients position may be arbitrary.

*Keywords:* Participation in youth work and youth welfare services, statutory socio-educational provision for children with problems, informal and institutionalised forms of participation, legal guidelines for participation, realisation of participation, processes of negotiation, processes of power in residential care

## **1 Partizipation in der Jugendhilfe: Grundlagen und zentrale Orte**

Unser Beitrag wendet sich dem Thema Partizipation von Adressaten im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere den Hilfen zur Erziehung zu. Die bekanntesten Formen sind die Fremdunterbringung in Heimen oder Wohngruppen sowie die Betreuung in Tagesgruppen. Wir werden einige aktuelle Ergebnisse aus dem Projekt „Jugendhilfe und sozialer

Wandel“ vorstellen. Die Daten, auf denen unser Beitrag beruht, entstammen quantitativer Befragungen bei Jugendämtern und Einrichtungen sowie qualitativer Erhebungen mit Fachkräften und Adressaten der Jugendhilfe.

Der Ausgangspunkt unseres Beitrages ist die Beobachtung, dass es in der Jugendhilfe an einem ausgeprägtes Bewusstsein für die umfassende Stärkung der Position der Adressaten sowie für die Bedeutung einer institutionell

abgesicherten Partizipation fehlt. Die unzureichende Absicherung zeigt sich beispielsweise darin, dass die Institutionen zu wenig Unterstützung für die in ihnen arbeitenden Fachkräfte bei der Umsetzung des Gebotes der Partizipation anbieten. Mehr noch: Sie nehmen sogar eher eine hinderliche Position bei der Umsetzung von Partizipationsbemühungen ein. Partizipation scheitert, so könnte man auch formulieren, häufig daran, dass die Institutionen in ihrer Eigenlogik verharren und nur schwer aus dieser herauszulösen sind. Dabei fehlt es unserer Erfahrung nach nicht generell an der Reflexion der Fachkräfte über Beteiligung von Adressaten, jedoch gibt es eine große Hilflosigkeit, wie man die theoretischen Entwürfe zu Beteiligung in den Alltag übertragen kann. Vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen steht man letztlich noch einmal vor der Frage, ob es eine institutionell abgesicherte Partizipation überhaupt braucht und wenn ja, warum dieser eine entscheidende Bedeutung im Hilfeprozess zukommen kann.

Unter Alltag ist in diesem Beitrag der gesamte Hilfeprozess vom ersten Kontakt mit dem Jugendamt bis zum Ende einer Hilfe, an dem unterschiedliche Beteiligte mitwirken, zu verstehen. Am Beginn der Hilfe und bei der Überprüfung der Hilfen haben die Adressaten vor allem mit dem Jugendamt zu tun, das die Hoheit über das Verfahren hat. Kernstück der Hilfgewährung in der Kinder- und Jugendhilfe ist die gesetzlich geregelte Hilfeplanung (im Kinder- und Jugendhilfegesetz ' 36 KJHG), die verbindliche und deutliche Formulierungen zu Partizipation enthält und wie es zur Entscheidung über eine bestimmte Hilfe zur Erziehung kommen soll. Bei der Durchführung der Hilfen steht hinsichtlich der Umsetzung von Beteiligung in der Jugendhilfe eher die Einrichtung im Zentrum der Aufmerksamkeit.

Das Jugendamt und die Einrichtung sind auch für die Sorgeberechtigten und Kinder bzw. Jugendlichen maßgebend, die eine Hilfe zur

Erziehung wollen, deshalb folgt unser Beitrag der Zweiteilung der Orte während des Hilfeprozesses. Im ersten Teil wird es um die Beteiligung von Adressaten an den Entscheidungsprozessen und damit vorrangig um das Jugendamt gehen und im zweiten Teil steht eher der Betreuungsalltag in den Einrichtungen im Mittelpunkt. Abschließend stellen wir die aus unserer Sicht grundlegenden Voraussetzungen vor, um institutionelle Formen von Beteiligung im Alltag der Jugendämter und Einrichtungen tatsächlich abzusichern.

## **2 Jugendämter und Partizipation - Hilfeplanung und darüber hinaus?**

### **Komplexität der Anforderungen**

Aus den Interviews mit fallzuständigen Fachkräften des Jugendamts geht hervor, dass der Dreh- und Angelpunkt, um über Partizipation nachzudenken, die Hilfeplanung nach ' 36 KJHG ist. Diese reicht vom Erstgespräch über die Vermittlung an eine Einrichtung bis hin zur Fortschreibung und dem Ende einer Hilfe. Eine darüber hinausgehende Kultur der Partizipation an Jugendämtern beziehungsweise eine institutionenbezogene, fundierte Reflexion zu diesem Thema fehlt jedoch. Statt dessen kommt es überwiegend auf die subjektiven Haltungen und Überzeugungen der einzelnen Fachkräfte an, ob und in welcher Art und Weise das Thema Partizipation im Umgang mit Adressaten eine Rolle spielt. Versetzt man sich in die Rolle von hilfesuchenden Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern, dann heißt das, dass sie an den Jugendämtern von Fachkraft zu Fachkraft, von Fachabteilung zu Fachabteilung auf jeweils unterschiedliche und mehr oder weniger reflektierte Haltungen zum Thema Partizipation stoßen. Hinzu kommt noch, dass im Jugendamt häufig davon ausgegangen wird, es handele sich *bis* zu einem konkreten Beginn einer Maßnahme in erster Linie um einen

Vermittlungsakt von Hilfe, der unter dem Diktat primär verwaltungstechnischer Verfahrensaspekte steht. Teil dieser Verfahren ist zwar, dass die Fachkräfte zusammen mit den Hilfeberechtigten zu einer Konsens-Entscheidung kommen sollen, dennoch spielt Beteiligung im Sinne eines konstitutiven Merkmals des Handelns eine untergeordnete Rolle.

Bei der Hilfeplanung werden die gesetzlichen Vorgaben zur Beteiligung der Adressaten durchaus ernst genommen, aber dieser Punkt steht in Konkurrenz zu den Anforderungen an die fallzuständigen Fachkräfte, schnell und professionell den Fall zu erfassen, zu bewerten und die fachlich geeignet erscheinende Hilfe zu organisieren. Die unterschiedlichen Erwartungen von Eltern und Kindern an eine Hilfe, die innere Zerrissenheit, Unklarheiten und unterschiedlichen Interpretationen Seitens der Adressaten, die in akuten und verfestigten Krisen typisch sind, fallen unter diesen Bedingungen schnell unter den Tisch und kommen in den mehr oder weniger ausdifferenzierten Hilfeplanformularen günstigstenfalls in eine eigens dafür vorgesehene Rubrik. Die Bearbeitung dieser Konflikte und Ambivalenzen findet an dieser Stelle des Hilfeprozesses nicht statt sondern wird den Einrichtungen übertragen.

Weiter fällt auf, dass Vermittlungspersonen aus dem Umfeld der Adressaten in der Regel bei Hilfeplangesprächen nicht vorgesehen, und die Instrumente zur Befragung der Adressaten - insbesondere für die Perspektivenerhebung von Kindern - nicht besonders ausgefeilt sind (zu einigen Instrumenten, die angewandt werden können vgl. den Beitrag von Andreas Vossler in diesem Heft). An diesem Punkt des Hilfeprozesses herrscht häufig eine technisch-formale Sicht von Partizipation vor. Die Adressaten sollen möglichst rasch einen klaren Auftrag formulieren, und mit den zuständigen FallmitarbeiterInnen Grobziele festlegen, die dann in den Einrichtungen selbst abgearbeitet werden.

Geht es um Partizipation, werden von JugendamtsmitarbeiterInnen schnell Grenzen benannt, etwa die Unmöglichkeit nach der Herausnahme eines Kindes aus der Familie, mit den Eltern partizipativ umzugehen. Vor allem dann, wenn im Interesse des "Kindeswohls" eingegriffen werden muß, unabhängig vom Einverständnis der Sorgeberechtigten, müssen sich die Adressaten, also die Eltern, aus der Perspektive der JugendamtsmitarbeiterInnen erst einmal bewähren. Ein Beispiel hierfür sind die Regelungen, wann und wie oft die Eltern ihr Kind nach der Herausnahme aus der Familie besuchen dürfen. Dies wird in der Regel nicht mit den Eltern ausgehandelt. Standard ist, dass die Eltern in den ersten Wochen einer zwangsweisen Herausnahme keinen Anspruch darauf haben, ihre Kinder regelmäßig zu sehen.



### **Erwartungen der Adressaten**

Vielfach wird von den Fachkräften der Jugendämter betont, Partizipation als Bestandteil einer echten Dienstleistungsorientierung sei deshalb nicht in der gesamten Konsequenz durchzusetzen, weil die Außenwahrnehmung der Jugendämter eher noch der früher üblichen staatlichen Aufsichtsbehörde entspricht und sich - trotz aller unterschiedlichen Bemühungen - noch nicht in Richtung Dienstleistungsbehörde gewandelt hätte. Dementsprechend - so die Argumentation weiter - verhalten sich auch die Adressaten, vor allem diejenigen, die schon häufig mit dem Jugendamt zu tun hatten. Sie haben klare Erwartungen an das Jugendamt bzw. Vorstellungen von dem, was hier auf sie zukommt. Sie sind geübt im Umgang mit den

Abläufen, die Ebene der Partizipation ist vielen eher fremd. Insbesondere sogenannte Multi-problemfamilien erwarten sofortige Handlungen und passende Hilfvorschläge Seitens der Jugendämter. Sie fügen sich ohne große Widerstände eventuellen Zwängen und richterlichen Weisungen. Sie kennen die Handlungs-routinen und Regeln. Mit dieser Klientel, so einige der von uns Befragten, gibt es auch selten Probleme während der Hilfeplanung. Helfer und Adressaten sind - so unser Eindruck - aufeinander eingespielt und es ist den Fachkräften nicht ganz einsichtig, warum bewährte Handlungs-routinen wegen der bislang wenig griffigen Formel Partizipation in Frage gestellt werden sollen. Die Sorgeberechtigten, wenn auch weniger die Kinder, wurden schon immer im Rahmen des Möglichen gehört und einbezogen, bei vielen sei eben tatsächliche Partizipation unrealistisch.

Neben diesen Klienten, denen es an Erfahrung mit Partizipationsmöglichkeiten fehlt und bei denen die Umsetzung des Partizipationsgedankens eine besondere Herausforderung für die Fachkräfte ist, hätte man noch jene Adressaten, bei denen keine Kindeswohlgefährdung vorliegt und die bisher keine Erfahrungen mit dem System der Jugendhilfe gemacht haben. Diese würden sich eher direkt an Beratungsstellen außerhalb der Jugendämter wenden und kämen dann mit einer fundierten und realistischen Hilfevorstellung zu den Jugendämtern, um eine entsprechende Hilfe zu beantragen. Dann wäre Hilfeplanung aber nur noch ein Überprüfen der Voraussetzungen und partizipative Strategien würden sich eher erübrigen.

Dass zumindest auf der programmatischen Ebene Partizipation dennoch zum fachlichen Standard an Jugendämtern erklärt wird, kann damit zu tun haben, dass in den letzten Jahren unter den Stichworten „Verwaltungsmodernisierung“ und „Lebensweltorientierung“ neue kundenfreundlichere Organisationsformen im Jugendamtsbereich initiiert wurden. Auch die

Erwartungshaltung, mit der Adressaten an die Verwaltung herantreten, verändern sich. Im Vordergrund steht eher die Dienstleistungsfunktion und Kundenfreundlichkeit. Ob es jedoch z.B. mit Modellen wie Sozialbürgerhäusern gelingt, wirklich kundennäher und in einem weiteren Schritt auch partizipativer zu wirken als traditionell organisierte Jugendämter dies tun, muss an dieser Stelle offen gelassen werden (vgl. KGSt-Bericht 1999). Zwar werden Besuchszeiten und Zuständigkeiten kundenfreundlicher geregelt, aber oft erschöpft sich die Umsetzung von Partizipation in der Anwendung ausgefeilter Hilfeverträge mit den Adressaten, die hauptsächlich an die Disziplin der Adressaten appellieren. Darin wird die Einhaltung der nächsten Schritte, z.B. die Beibringung benötigter Unterlagen oder die Einhaltung der Termine per Unterschrift festgehalten. Dieses Vertragswesen folgt der Reziprozitätsregel: Wenn du etwas von mir beziehungsweise vom Amt willst, dann musst du dich an folgende Absprachen halten. Diese Haltung ist nicht nur für den Adressatenumgang der Jugendämter typisch, sondern in der sozialen Arbeit insgesamt weit verbreitet.

### **Partizipation kontra Fachlichkeit?**

Immer wieder formulierten die fallzuständigen Fachkräfte in den Interviews folgende Befürchtung: Wenn die Adressaten selbst entscheiden könnten, was gut für sie ist und überprüfbares Partizipationsverfahren installiert werden würden, wozu dient dann noch unsere Fachlichkeit? Wo bleibt unsere Professionalität und all unser gesammeltes Wissen?

Fragt man nach der Partizipationspraxis, wird statt dessen mit Begriffen wie „sozialpädagogische Kompetenz“, „professionelles Geschick“, die qua Ausbildung oder Berufserfahrung erworben wurden und einzelfallspezifisch eingesetzt werden, geantwortet.

Diese Widerstände und die fehlenden fachlichen Instrumente stehen der von allen Fach-

kräften geteilten Überzeugung entgegen, dass eine Hilfe zur Erziehung von den Eltern und den Kindern gewollt werden muss oder in ganz ungünstigen Konstellationen, wenn z.B. die Eltern anfänglich par tout etwas anderes wollen als die Kinder, zumindest toleriert werden muss. Sensible Instrumente zur Erhebung der verschiedenen Adressatenperspektiven, vor allem bezogen auf Kinder, existieren jedoch in den wenigsten Fällen. Insbesondere Kinder und minderjährige Jugendliche werden von Beteiligung häufig mit der Begründung ferngehalten, dass den Kindern nichts Falsches über ihre tatsächlichen Mitwirkungsmöglichkeiten vorgegaukelt werden sollte: Entscheidungen treffen letztlich die Eltern, so einige Fachkräfte, die wir interviewten. Dies wurde nicht nur von fallzuständigen Fachkräften der Jugendämter geäußert sondern auch von MitarbeiterInnen von Einrichtungen im (teil-)stationären Bereich. Vor allem bei der Planung und dem Entscheidungsprozess über eine konkrete Hilfeleistung sind die MitarbeiterInnen Kindern gegenüber zurückhaltend, denn sonst sei die Enttäuschung groß.

Es sei Aufgabe der dann letztlich ausgewählten Einrichtung, dafür zu sorgen, dass es den Kindern und Jugendlichen gefällt. Dabei wird außer acht gelassen, dass eine nicht stimmige und von den Kindern bzw. Jugendlichen nicht akzeptierte Hilfeart meist negative Folgewirkungen hat und dem Scheitern und Abbruch einer Hilfeleistung häufig vorausgeht. Eine unzureichende Beteiligung von Kindern und Jugendlichen kann somit zum Ausgangspunkt einer sich verfestigenden Jugendhelfekarriere werden (vgl. Permien, Zink 1998). Nicht gesehen wird häufig, dass sich mit jedem Hilfeabbruch eine für viele Kinder und Jugendliche typische Grunderfahrung eines Beziehungsabbruches wiederholen kann.

### **Zwischenfazit**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Partizipation von Adressaten an Hilfeentscheidungen auf allen Ebenen verbesserungsfähig ist. Dies gilt sowohl für die Methoden der Adressatenbeteiligung, das professionelle Selbstverständnis und die institutionelle Absicherung als auch mit Blick auf die bisherigen Standards. Positiv vor dem Hintergrund der Interviews mit EinrichtungsmitarbeiterInnen ist zu verzeichnen, dass die Jugendämter in der Regel sehr kooperativ sind, wenn Einrichtungen interessante und erfolgversprechende Ansätze und Ideen in Bezug auf Partizipation entwickelt haben. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Einrichtungen ein gutes Verhältnis zu den fallzuständigen Fachkräften aufgebaut haben. Dann ist vieles möglich und selbst Außergewöhnliches wird im Hilfeplan festgehalten. Definiert man Partizipation letztendlich als eine Teilung und Abgabe von Macht, dann bedeutet dies bezogen auf die Jugendämter: Macht wird durchaus an Einrichtungen abgegeben. Darüber hinaus werden Hilfeentscheidungen heutzutage viel stärker unter Einbeziehung eines Fachkräfte-Teams getroffen und andere Abteilungen, Clearing-Stellen etc. in diesen Prozess eingebunden. Das heißt, das Zustandekommen einer fachlichen Entscheidung findet weniger entlang von Hierarchien statt. Damit befindet sich die Umsetzung der gesetzlichen Vorgabe, dass die Hilfeplanung im Zusammenwirken aller Fachkräfte geschehen soll, auf einem guten Weg, während die Adressaten selbst vielfach außen vor bleiben. Am wenigsten reflektiert und mit Instrumenten ausgestattet ist im Hilfeplanverfahren die gesetzlich vorgeschriebene Phase der Hilfeplanüberprüfung beziehungsweise -fortschreibung und das Ende einer Hilfe. Qualitative Instrumente, die z.B. regeln, wer, wann und wie über das Ende einer Hilfe zur Erziehung bestimmt, wer dabei in welcher Art und Weise mitzureden hat und wie die Rechte der Adressaten

dabei berücksichtigt oder übergangen werden, fehlen völlig.

Nach all diesen Befunden wundert es auch nicht, dass die MitarbeiterInnen in der Regel nicht systematisch mit der Grundhaltung Partizipation vertraut gemacht werden und auch keine Kontrolle dahingehend stattfindet, ob und wie Partizipation umgesetzt wird oder nicht. Um dem Anspruch einer ernst gemeinten Partizipation näher zu kommen, ist die Handlungsmaxime Partizipation strukturell bislang zu wenig in der Institution Jugendamt verankert. Dazu passt auch, dass bei der Auswahl der Einrichtungen, die die federführenden Fachkräfte der sozialen Dienste möglichst gemeinsam mit den Adressaten vornehmen sollen, kein Augenmerk auf den Umgang der Einrichtung mit Partizipation gelegt wird. Verfahren zur Sicherstellung von Partizipation werden bislang auch nicht in Qualitätsvereinbarungen zwischen Jugendämtern und Anbietern von Hilfen zur Erziehung geregelt.

### **3 Partizipation im Alltag der Hilfen zur Erziehung**

Zu Beginn wurde behauptet, dass Institutionen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe vielfach nicht dazu beitragen, Partizipation zu stützen. Im Folgenden wird der Blick auf die Einrichtungen der Erziehungshilfen gelenkt. Ein großes Interesse sowie eine verbreitete Diskussion um Beteiligung sind bei den Einrichtungen nicht zu erkennen. Gegenüber institutionalisierten Verfahren und Methoden, Partizipation von Adressaten über informelle Möglichkeiten hinaus zu sichern, herrscht eine kritische Distanz bis hin zu einer Abwehrhaltung vor. Anpassungsleistungen werden eher von den Jugendlichen als von der eigenen Institution verlangt. Ein Indiz, das diese Annahme zunächst auf einer formalen Ebene bestätigt, ist die fehlende Verankerung von Partizipation in den Konzeptionen der Einrichtungen,

dies geht nicht nur aus unseren eigenen Daten hervor, sondern ist auch Ergebnis anderer Befragungen, wie z.B. Kriener zeigen konnte. Nur bei etwa 15% der Einrichtungen fanden sich dort differenzierte Aussagen zur Beteiligung im Konzept der Einrichtung (vgl. Kriener 1999).

Für Einrichtungen im Bereich der Hilfen zur Erziehung soll entlang einiger Befunde und typischer Argumentationen aufgezeigt werden, wie die Fachkräfte mit dieser Situation umgehen und welche Schwierigkeiten sich daraus ergeben.

#### **Beziehung versus institutionell gesicherte Beteiligung**

Der Betreuungsalltag in den Einrichtungen ist sehr stark auf die Beziehung zwischen Kind beziehungsweise Jugendlichen und dem/der BetreuerIn ausgerichtet. Großeinrichtungen, in denen die Fachkräfte wenig Möglichkeiten hatten, individuell auf das einzelne Kind einzugehen, gibt es kaum mehr. Doch genau die Entwicklung hin zu individuellen Betreuungssettings wird als Argument gegen eine institutionell verankerte Beteiligung verwendet: Für Fachkräfte stehen informelle Formen der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen in einem unvereinbaren Gegensatz zu institutionell organisierten Verfahren, wie gewählten Vertretungen, anwaltschaftlichen Verfahren oder Beschwerdemanagement. Dabei wird argumentiert, dass der Pädagoge doch in der Beziehung spüren muss, wenn der oder die Jugendliche unzufrieden ist. Es ist seine dringende Aufgabe, die Bedürfnisse und Wünsche des Kindes oder Jugendlichen erkennen zu können und aufzunehmen. Als Fachkraft reagiert man auf Konflikte und begibt sich in die Aushandlung um deren Lösung. Formalisierte Verfahren dagegen könnten dies nicht leisten und würden eher unangemessen auf diese Beziehungskonstellation sowie die individuelle Lage der Kinder und Jugendlichen reagieren

und können sogar kontraproduktiv sein (vgl. auch Blandow 1999).

Diese Argumentation läßt außer Acht, dass Kinder und Jugendliche häufig nicht in druckreifer, freundlicher Ausdrucksweise und zu festgelegter Stunde Kritik äußern und Probleme benennen, sondern oft auf andere, z.B. nichtsprachliche Formen der Mitteilung zurückgreifen. Sie verweigern sich z.B., stören oder laufen weg. Solche Äußerungen zu deuten, bedarf ohne Zweifel einer guten Beziehung zwischen Adressaten und Fachkräften sowie der Reflexion dieser Formen von Bedürfnisartikulation. Andererseits ist in der institutionellen Betreuung aber gerade eine Betreuungskontinuität über einen langen Zeitraum häufig nicht gegeben, nicht zuletzt auch deshalb, weil man es als Adressat mit Lohn- bzw. BerufserzieherInnen zu tun hat.

Neben solchen strukturellen Aspekten stellt sich darüber hinaus die Frage, wie sicher gestellt werden kann, ob der Erzieher oder die Erzieherin sich den Konflikten auch tatsächlich angenommen hat. Im Normalfall und im normalen Betreuungsalltag wird das allein auf die Beziehung gerichtete Modell gut funktionieren und die oder der BetreuerIn ist die erste Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche. Nicht, dass dies falsch verstanden wird: Die informellen Formen der Beteiligung sind wichtige und notwendige Grundvoraussetzungen für die Aushandlungsprozesse. Wären und sind diese Möglichkeiten nicht gegeben, macht das gesamte Betreuungssetting keinen Sinn. Was bei der ausschließlichen Konzentration auf die Beziehung zwischen Adressat und BetreuerIn jedoch vergessen wird, sind eintretende Störungen dieser exklusiven Beziehung. Was ist, wenn sich die Kritik des Kindes oder Jugendlichen gegen den Betreuer oder die Betreuerin richtet? Ist dann die Reflexion über die Situation noch genauso sichergestellt, wie in solchen Situationen, in denen es um andere Dinge geht? Es ist keine neue oder überraschende

Erkenntnis, dass Konfliktsituationen dazu verleiten, Aushandlungsprozesse zu vermeiden und sich auf die machtvollere Position der ErzieherIn zurückzuziehen. Aber gerade da kommt es für Kinder und Jugendliche darauf an, Mitbestimmungsmöglichkeiten zu kennen und Rechte in Anspruch nehmen zu können, die unabhängig von der Beziehung zur Betreuungsperson bestehen.

Eine wesentliche Rolle bei der Argumentation, die zwischen Beziehung und institutioneller Beteiligung unterscheidet, scheint das Empfinden auf Seiten der Fachkräfte zu sein, institutionalisierte Beteiligungsmöglichkeiten würden die Vertrauensbeziehung zwischen ihnen und den Kindern und Jugendlichen belasten. Dies sind berechtigte Bedenken und bei einer konsequenten Durchsetzung des Partizipationsprinzips bewegt man sich als Fachkraft permanent in diesem Spannungsfeld zwischen exklusiver Beziehung und externer Kontrolle dieser Beziehung durch formale Verfahren. Für eine Einrichtung war es beispielweise ein Schock als die Jugendlichen, die nun eine Vertrauensperson zum Hilfeplangespräch mitbringen durften, nicht ihre(n) jeweilige(n) BezugserzieherIn, sondern andere Jugendliche auswählten. Das eigene Selbstverständnis als BezugsbetreuerIn die beste Interessenvertretung zu sein, wurde gründlich erschüttert.

Die Polarisierung zwischen Beziehung und institutionellen Verfahren ist auch in den Ergebnissen der quantitativen Befragung bei Einrichtungen der Erziehungshilfen wiederzufinden (vgl. Pluto 2001). In nahezu allen Einrichtungen der Fremdunterbringung werden Kritik und Beschwerdemöglichkeiten über individualisierte, informelle Formen der Beteiligung sehr hoch eingestuft. Das heißt, von den meisten Einrichtungen werden Gespräche mit der BetreuerIn und Einzelgespräche mit der Leitung hinsichtlich der Lösung von Konflikten und Unzufriedenheiten favorisiert. In drei von vier Einrichtungen gibt es Gruppen-

bzw. Einrichtungsversammlungen. Inwiefern diese für Kinder und Jugendliche die Möglichkeit bieten, ihre Anliegen vorzubringen, kann hier nicht entschieden werden, manchmal erscheinen diese eher als Disziplinierungsinstrument. Der Kummerkasten als eine Form, mehr oder weniger anonym Kritik anbringen zu können und eine gewählte Vertretung als institutionell einzustufende Form der Beteiligung sind nur bei einem Fünftel der Einrichtungen vorhanden. Die Ergebnisse dieser Erhebung zeigen zudem, dass formalisierte Verfahren nie die einzigen Möglichkeiten der Mitsprache für Kinder und Jugendliche sind, was aus fachlichen Gesichtspunkten auch sinnvoll ist.

### **Individuell zugeschnittene, flexible Hilfen versus institutionalisierte Beteiligungsmodelle**

Zu beobachten ist in den Hilfen zur Erziehung ein Ausdifferenzieren von verschiedenen Angeboten und vor allem gibt es einen Trend zu flexibel organisierten und individuell zugeschnittenen Einzelhilfen mit starker personeller Bindung. Diese zeichnen sich durch eine dezentrale Organisation in Wohngemeinschaften oder Wohngruppen aus. Aus der Sicht der Fachkräfte eines Trägers behindern genau diese neuen Organisationsformen die Etablierung von institutionalisierten Formen der Beteiligung. Die Argumentation ist: Wenn man dezentralisiert und differenziert arbeitet, dann ist ein zentral geschaffenes Organ (z.B. ein sog. Heimbeirat) untauglich, um Beteiligung sicher zu stellen. Es würde der familienähnlichen Organisation der Betreuungssettings widersprechen und würde die Autonomie für die Betreuung in den Einheiten gefährden.

Übersehen wird dabei, dass die Erziehung in Heimen oder anderen Institutionen auch bei einer großen Annäherung an die private Familienerziehung immer eine öffentlich organisierte Erziehung bleibt. Man darf sich deshalb

nicht der Illusion hingeben, dass die Betreuung den Kriterien einer optimalen Familienerziehung inklusive den familialen Aushandlungsmechanismen entspricht, selbst wenn man versucht, die öffentlich organisierte Erziehung so familienähnlich wie möglich zu gestalten, in dem das Hauptaugenmerk auf der Beziehung zwischen Klient und BetreuerIn liegt (vgl. Niederberger/Bühler-Niederberger 1988). Es besteht sogar die Gefahr, dass die Abhängigkeit von der Betreuungsperson umso größer wird, je individueller und exklusiver die Beziehung ist.

Die Frage ist, ob man Kindern und Jugendlichen in solchen Settings erlaubt, Kontrollrechte wahrzunehmen, die ihnen die Möglichkeit geben, aus den kleinen Betreuungseinheiten quasi herauszutreten. Unbestritten bleibt, dass diese Formen von Kontrolle nicht zur Lähmung der Einrichtung führen sollen und sie dürfen nicht zu stark auf die Gruppe als Setting ausgerichtet sein. Nichtsdestotrotz ist es Zeit, sich auf die Suche nach Formen zu begeben, die die Individualität und Flexibilität der Lebenssituation erhalten und gleichzeitig ein ernstzunehmendes Instrument sind, die Interessen der Kinder und Jugendlichen zu sichern. So haben gewählte Vertreter auch in übergeordneten Einheiten eine wichtige Funktion im Austausch zwischen Kindern und Jugendlichen, wie das Beispiel eines Berliner Trägers zeigt (Nerlich 1996).

### **Verschiebung der Verantwortung hin zu den Kindern und Jugendlichen**

Ein weiterer Argumentationskomplex aus der Perspektive der Fachkräfte verlagert die Abwehr von Instrumenten und transparenten Strukturen zur Umsetzung von Partizipation auf die Seite der Kinder und Jugendlichen selbst. Dies geschieht mit zwei Begründungsfiguren. Zum einen spricht man Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen als Noch-Nicht-Erwachsenen zumindest teilweise die Voraus-

setzungen ab, sich an der Organisation und Gestaltung der Rahmenbedingungen in der Einrichtung zu beteiligen. Zum anderen wird insbesondere den Kindern und Jugendlichen, die in den Erziehungshilfen sind, mangelnde Kompetenz unterstellt.

Dies mag verwundern, denn öffentlich und in der Familienerziehung ist es heute eher selbstverständlich, Kinder und Jugendliche als eigenverantwortliche Subjekte zu sehen, die in der Lage sind, ihren Alltag zu gestalten und auch weitreichende Zukunftsentscheidungen zu treffen. Kinder und Jugendliche haben damit zumindest theoretisch eine andere Position erhalten. Faktisch wird ihnen diese Position in den Erziehungshilfen aber nicht automatisch zugewilligt. Die Argumentation lässt sich annähernd so skizzieren: Erst wenn die Jugendlichen überhaupt in der Lage sind, sich in den individualisierten Formen der Betreuung entsprechend den Anforderungen zu bewegen und das nötige Interesse aufbringen, dann können sie auch mit formalisierten Verfahren beteiligt werden. Die Motivation für diese Haltung ist nicht allein, überfordernde Situationen für Kinder und Jugendliche zu vermeiden, weil sie den Erwachsenenstatus noch nicht erreicht haben und deshalb der besonderen Unterstützung bedürfen, sondern sie hat auch etwas mit den Bedenken gegen den Zugang von Kindern und Jugendlichen zu einer machtvolleren Position zu tun. Dahinter steht die Annahme, man bräuchte erst spezifisches Wissen und besondere Fähigkeiten, um an den Auseinandersetzungen und Entscheidungen über das eigene Leben teilhaben zu können. Eine solche voraussetzungsvolle Haltung lässt Grenzen für Partizipation entstehen. Bei dieser Argumentation muss das spannungsreiche Verhältnis von Partizipation als politischem Begriff und Partizipation als pädagogischem Programm gesehen werden. Winkler hat das schwierige Verhältnis von Pädagogik und Politik beleuchtet. Als politischer Begriff hat Partizipation etwas mit

dem Zugang zu Macht zu tun oder dem Ausschluss von dieser. Kinder und Jugendliche müssen danach erst befähigt werden, mit Macht umzugehen. Pädagogisch gesehen schließt man sie somit erst von der Macht aus, um sie dann nach eigener Beurteilung irgendwann einzubeziehen (vgl. Winkler 2000). Gerade vor dem Hintergrund dieses Spannungsfeldes ist eine institutionelle Absicherung für Partizipation um so dringlicher.

Überdies wird argumentiert, dass vor allem benachteiligte und auffällige Kinder und Jugendliche feste Strukturen und Regeln bräuchten und entsprechend wird der Spielraum für Kinder und Jugendliche zur Mitbestimmung häufig eng gehalten. Sie würden nur maximale Forderungen stellen, diese in Gänze erfüllt haben wollen und auf den eigenen Vorteil bedacht sein. Dass Kinder und Jugendliche unter Umständen maßlos in ihren Forderungen sind, ist jedoch kein Grund für eine Beschränkung der Möglichkeit zur Beteiligung. Und dass Auseinandersetzungen anstrengend und kräftezehrend sind, kann Seitens der BetreuerInnen nicht den Kindern und Jugendlichen zum Vorwurf gemacht werden und schon gar nicht eine Einschränkung der Partizipationsmöglichkeiten zur Folge haben.

Von einem Interviewpartner wird sehr klar formuliert, dass bei der Einstellung neuer MitarbeiterInnen beispielsweise die Grenze für Beteiligung erreicht wäre. Die Jugendlichen würden doch nur denjenigen befürworten, der ihnen ein Eis ausgäbe und jenen ablehnen, der verlangt, es solle anständig mit ihm geredet werden. An diesem Punkt wird jedoch Kindern und Jugendlichen eine Kurzsichtigkeit unterstellt, die sich nicht aufrecht erhalten lässt. Belege dafür finden sich sowohl in anderen Interviewstellen als auch in den Aussagen der Kinder und Jugendlichen selbst. So nutzte eine Jugendliche ein Forum auf einer gemeinsamen Tagung von Jugendlichen und Pädagogen zu Beteiligung (vgl. SPI im SOS-Kinderdorf

2002, Materialienband in Vorbereitung), um deutlich zu machen, dass sie es satt hat, permanent neue Erzieher ungefragt vor die Nase gesetzt zu bekommen. Sie wolle lediglich die Möglichkeit haben, ihre Meinung kundzutun und im Übrigen ginge es ihr überhaupt nicht darum, jemanden in die Arbeitslosigkeit zu schicken oder fachlich zu dequalifizieren.

An anderer Stelle, in einem Interview, in dem Erfahrungen mit institutionalisierten Beteiligungsformen positiv geschildert werden, wird sehr deutlich vom interviewten Pädagogen hervorgehoben, dass überzogene Wünsche der Kinder und Jugendlichen kein Hindernis für Partizipation wären. Die Adressaten würden sehr genau signalisieren, dass es nicht ihr Ziel sei, jeden Tag in der Einrichtung Partys zu veranstalten, sondern dass es ihnen um sichere Beziehungen und die Qualität dieser Beziehungen geht.

An diesem unterschiedlichen Umgang mit und Verständnis von Partizipation zeigt sich letztlich auch die Akzeptanz, die man generell dem Thema Beteiligung entgegen bringt und wie bereits gesagt, die Position, die man Kindern und Jugendlichen zubilligt. Man fürchtet als Fachkraft, einen Kontroll- und Statusverlust zu erleiden und entsprechend möchte man die Kritik- und Beschwerdemöglichkeiten dosieren und nur dort zulassen, wo man es selbst am ehesten verkraften und in den Alltag integrieren kann. Belässt man als Fachkraft die Möglichkeiten zur Beschwerde und Kritik ausschließlich im Zweiergespräch, dann kann man die angesprochenen Dinge besser steuern, und muss sich im Zweifel nicht öffentlich verteidigen. Ein tatsächliches `ernst nehmenA würde sich darin zeigen, dass alles verhandelt und angesprochen werden kann und nicht, dass man erst prüfen muss, welche Themen und Forderungen berechtigt sind. Dies hätte auch Konsequenzen für die Transparenz der eigenen Tätigkeit.

### Reflexion der Machtverhältnisse

Wie schon angekungen, zielt ein weiteres Argument der Fachkräfte gegen formalisierte Partizipationsinstrumente auf den Anspruch, gleichberechtigte Partner im Alltag der Hilfen zur Erziehung Wirklichkeit werden zu lassen. Hinderlich dafür sind die durch die Konstellation schiefen Machtverhältnisse, die sich nicht leicht aufbrechen lassen. Auf diese Machtunterschiede beziehen sich weitere Argumente und diese lassen institutionelle Verfahren nicht durchführbar erscheinen: Durch institutionelle Beteiligungsverfahren würde einem als Fach( Alltag der Hilfen

der

. Schoneld wrd Beteiligungzudem

der

e wfah gno mm,h im Sinnee

Kindernrvotscerebhen lassen m

an(Kinde

1999)d ins einrd Su(die zu Machk ))TJT\*0.069 T

die

Partizipatio b(lebgt ol ange ein letere ))TJT\*0.8236 Tw[Hü

lic(

anhientrf

Partizipationfforenk

tim(aufaut.Deann )5.5les t-

lic(ko m)84( m)84(t)02(som)8.4(a)232(n veom)8.4untlichg

ion(n )-5.5 für dieIins eliehung und entrstüs zuns

ntinsoh gn um

und da,Geliungeneinicerr -

#### **4 Ausblick**

Die zu Beginn aufgeworfene Frage, ob Partizipation eine institutionelle Absicherung braucht, kann nur positiv beantwortet werden. Im Beitrag ist aber auch deutlich geworden, welche Schwierigkeiten mit der Umsetzung verbunden sind und welche Vorbehalte existieren. Sind Beteiligungsmöglichkeiten ausschließlich in das Belieben der Fachkräfte gestellt, kann der Anspruch auf eine umfassende Partizipation der Adressaten nicht eingelöst werden.

Es wurde aber sowohl in den Interviews als auch bei der Fragebogen-Auswertung sichtbar, dass der programmatische Anspruch, der mit der Partizipation von Adressaten erhoben wird, sich auf der Ebene des Alltagshandelns nur dann widerspiegeln kann, wenn die Fachkräfte der Jugendhilfe Seitens ihrer Institution Jugendamt oder Einrichtung gestärkt werden, indem entsprechende Strukturen etabliert und Instrumente entwickelt werden. Partizipation kann sich nur dann institutionell etablieren, wenn der Umgang damit wesentliches Element des Leitbildes der Institution Jugendamt aber auch von Einrichtungen und ein selbstverständlicher Qualitätsaspekt in der Kooperation zwischen beiden wird. Dazu gehört auch die Sicherstellung der Mitwirkung von Fachkräften an zentralen Belangen ihrer eigenen Institution. Immer wieder wurden wir in den Interviews darauf aufmerksam gemacht, dass ein direkter Zusammenhang zwischen den Umgangsweisen der Fachkräfte in Bezug auf die Partizipation der Adressaten und der Frage, wie die Fachkräfte selbst in ihrer Institution bzw. Einrichtung einbezogen und beteiligt werden, besteht. Diese eigenen Erfahrungen am Arbeitsplatz wirken sich nach Einschätzung der von uns Befragten unmittelbar auf die professionelle Haltung der MitarbeiterInnen gegenüber den Adressaten aus.

Wesentlich erscheint es, die in den Interviews immer wieder auftauchende scheinbare Konkurrenz von fachlichen Standards mit Partizipation zu thematisieren und konsistente professionelle Umgangsweisen damit zu ermöglichen. Dazu gehört z.B. die Angst, durch zu viel Aushandlung mit den Adressaten bei der Hilfeplanung die fachliche Beurteilung und Diagnoseerstellung aufzuheben. Dies müsste Gegenstand der Aus- und Fortbildung der Fachkräfte sein, ebenso wie die grundlegenden Rechte der Kinder, Jugendlichen und Familien sowie je nach Arbeitsfeld die Bedeutung und Ausgestaltung geeigneter Instrumente und Strukturen zur Umsetzung dieser Ansprüche.

Dies führt zu der Frage, wie das in den Interviews immer wieder sichtbar werdende Spannungsverhältnis von Pädagogik und verwirklichter, politischer Beteiligung bearbeitet werden kann. Partizipation ist ein Instrument des Ausgleichs von Machtverhältnissen und die Fachkräfte spiegeln oft wider, dass diese geregelte Machtabgabe ihre professionelle Kompetenz bedrohen würde und in Konkurrenz zu ihrer pädagogischen Aufgabe stehen würde, Kindern und Jugendlichen Grenzen, Reibung, Auseinandersetzung zu bieten. Muss dies tatsächlich ein Gegensatz sein? Diese Fragen bedürfen einer weiteren systematischen, fachlichen Auseinandersetzung. Muss Jugendhilfe beziehungsweise müssen Einrichtungen im Bereich Hilfen zur Erziehung sich nicht auch als ein Lernfeld für demokratische Bildung begreifen? Einrichtungen könnten dann Orte mit einer spezifischen Bildungsqualität sein, in denen andere Erfahrungen möglich sind, als dies die Kinder und Jugendlichen bisher erlebt haben. Leider geht die Diskussion derzeit in eine etwas andere Richtung. Wieder einmal wird die alte Frage diskutiert, wie unter repressiven Vorzeichen mit `besonders schwierigen JugendlichenA gearbeitet werden kann. Beispielfhaft sei hier auf die Diskussion um die geschlossene Unterbringung, um Modelle wie

Glen Mills (vgl. DJI 2001), Boot camps und sogenannte Zero-Tolerance-Modelle verwiesen. Die Tendenz ist: ausgrenzen, eine härtere Gangart einschlagen, Rechte einschränken statt beteiligen.

Zur Stärkung des fachlichen Standards Partizipation ist eine spezifische Öffentlichkeitsarbeit des Jugendamtes über seine Aufgaben notwendig: Der Widerspruch zwischen Eingriffsbehörde und Dienstleistungsanbieter hat Auswirkungen auf den Umgang mit Partizipation auf beiden Seiten. Bei den Überlegungen in punkto Partizipation sollte ab und zu die Frage diskutiert werden: Welche Bilder haben die Fachkräfte von ihrer Klientel?

Partizipationsbemühungen und -instrumente müssen innerhalb der Kommunikations- und Planungsprozesse der regionalen Jugendhilfe stattfinden und nicht isoliert in den jeweiligen Institutionen. Vor allem in der Zusammenarbeit zwischen öffentlichen und freien Trägern, z.B. als Bestandteil von Qualitätsvereinbarungen, könnten sich fachliche Standards und konkrete Instrumente zur Verwirklichung von Partizipation etablieren.

Weitere Überlegungen müssen auch hinsichtlich neuer transparenter Verfahren angestellt werden, die die Rechte der Adressaten sichern

und den Fachkräften handhabbare Instrumente an die Seite stellen. Hier fehlt es an Ideen und Konzepten, wie man zu den bekannten Formen wie Beiräten, Versammlungen etc. andere Dinge hinzukommen lässt, z.B. Beschwerdemanagement, anwaltschaftliche Unterstützung und stellvertretende Formen der Beteiligung (vgl. Onnasch 2001).

Solange Beteiligung als ein spezifischer, neuer, pädagogischer Programm-Baustein und nicht als generelle Haltung begriffen wird, wird es schwer sein, Partizipation zu einem Strukturmerkmal der Jugendhilfe werden zu lassen. Nur eine konsequente Durchsetzung des Beteiligungsprinzips macht überhaupt Sinn. Dies belegen viele der reform-pädagogischen Ansätze in der Geschichte der Jugendhilfe. Bei allen Mischformen finden sich immer wieder Wege des Machtmissbrauchs. Umgekehrt bestätigt sich für die Jugendlichen das Gefühl der Machtlosigkeit. Dabei muss man sich auch bewusst machen, dass eine solche Veränderung nicht von heute auf morgen passieren wird, denn Institutionen sind in ihren Routinen eher beständig.

## Literatur

- Blandow, Jürgen; Gintzel, Ulrich; Hansbauer, Peter (1999): Partizipation als Qualitätsmerkmal in der Heimerziehung. Eine Diskussionsgrundlage. Münster: Votum
- Niederberger, Josef Martin; Bühler-Niederberger, Doris (1988): Formenvielfalt in der Fremderziehung. Zwischen Anlehnung und Konstruktion. Stuttgart.
- DJI (Hrsg.) (2001): Die Glen Mills Schools, Pennsylvania, USA. Ein Modell zwischen Schule, Kinder- und Jugendhilfe und Justiz? Eine Expertise. München
- KGSt (Hrsg) (1999): Das Sozialbürgerhaus in München. Eine neue Dienstleistungsorganisation. KGST-Materialien 5/1999, Köln
- Kriener, Martina (1999): Beteiligung als Chance für mehr Demokratie in der Heimerziehung. In: Kriener, Martina; Petersen, Kerstin (1999) (Hrsg.): Beteiligung in der Jugendhilfepraxis. Sozialpädagogische Strategien zur Partizipation in Erziehungshilfen und bei Vormundschaften. Münster: Votum S. 112 - 129
- Nerlich, Katja (1996): Demokratie im Verbunde Kinderhaus Berlin-Mark-Brandenburg e.V.. In: Forum Erziehungshilfen, 2. Jg., H. 4, S. 173 - 175

- Onnasch, Wolf (2001): Müssen Transparenz und Beteiligung in der Jugendhilfe verbessert werden? In: Evangelische Jugendhilfe, Heft 4, S. 205 - 208
- Permien, Hanna; Zink, Gabriela (1998): Endstation Straße? Straßenkarrieren aus der Sicht von Jugendlichen. München: DJI Verlag
- Pluto, Liane (2001): Beteiligung von Kindern und Jugendlichen: Selbstverständlichkeit oder Ausnahme? Empirische Daten aus Einrichtungen der Jugendhilfe. In: eev-aktuell, 19. Jg., Nr. 2, S. 19-27
- SPI im SOS-Kinderdorf (Hrsg.) (2002): Beteiligung ernst nehmen. Materialienband 3 in Vorbereitung
- Winkler, Michael (2000): Diesseits der Macht. Partizipation in AHilfen zur Erziehung@ - Annäherung an ein komplexes Problem. In: Neue Sammlung, 40. Jg., Heft 2, S. 187 - 209
- Wolf, Klaus (1999): Machtprozesse in der Heimerziehung: eine qualitative Studie über ein Setting klassischer Heimerziehung. Münster: Votum

### Autorinnen

- ✉ Dr. Gabriela Zink, Deutsches Jugendinstitut e.V., Nockherstr. 2, 81541 München, [zink@dji.de](mailto:zink@dji.de)
- ✉ Liane Pluto, Deutsches Jugendinstitut e.V., Nockherstr. 2, 81541 München, [pluto@dji.de](mailto:pluto@dji.de)



## EINIGE SPEZIELLE HINWEISE ZUM SCHWERPUNKTTHEMA

☒ Albert Lenz & Wolfgang Stark (Hrsg.) (2002): *Empowerment – neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisation*. Tübingen: dgvt-Verlag

✍ Empowerment verbindet als Konzept erfolgreich Prozesse sozialer Aktion mit einer professionellen Haltung, die sich konsequent den individuellen und kollektiven Ressourcen der Menschen zuwendet. Gleichzeitig werden drei Handlungsebenen miteinander verknüpft, die sonst meist getrennt voneinander behandelt werden: Individuum – Soziales Netz – Organisation.

Ohne große Strukturveränderungen hat damit das Konzept Empowerment in den letzten Jahren in vielen psychosozialen Handlungsfeldern Fuß gefasst. Im politischen Diskurs steht es für ein Erstarken der BürgerInnen-Bewegungen; die Legislative übernimmt den Begriff in gesetzliche Verordnungen, um auch gesellschaftspolitisch eine verstärkte BürgerInnen-Orientierung zu verdeutlichen.

Die eigentliche Bewährungsprobe erlebt Empowerment jedoch in der Praxis: Gelingt es unter Bezugnahme auf Empowerment, eine psychosoziale Praxis zu gestalten, die mit statt für die Menschen geplant und gestaltet wird, die ihnen die notwendige Unterstützung gibt, ohne ihre Stärken zu vernachlässigen, und die keine Vereinzelung, sondern lernende Gemeinschaften hervorbringt. Die hier versammelten Texte stellen das Konzept Empowerment vor allem aus der Praxissicht auf die Probe – Konzepte und Erfahrungen aus der Sozialpsychiatrie, der Unterstützung von Menschen mit körperlichen

und geistigen Beeinträchtigungen, und aus der Arbeit mit psychosozialen Organisationen werden zur Diskussion gestellt. Einleitend wird das Konzept Empowerment einer aktuellen Revision unterzogen.

☒ Albert Lenz (2001): *Partizipation von Kindern in Beratung und Therapie. Entwicklungen, empirische Befunde und Handlungsperspektiven*. Weinheim/München: Juventa-Verlag

✍ Partizipation, das heißt Erfahrungen, in denen Subjekte sich als Gestaltende, aktive Produzenten ihrer Biographie erleben und begreifen können, prägen entscheidend das Kohärenzgefühl. Mit Kohärenzgefühl bezeichnet Antonovsky eine generalisierte Ressource, der bei der Bewältigung von Belastungen und Problemen eine zentrale Rolle zukommt. Deren Fundament entsteht in der Kindheit.

Fehlende Partizipation an Entscheidungen und an der Gestaltung von Ereignissen bildet ein wichtiges Muster von Lebenserfahrungen, das Stressoren und Spannungszustände erzeugt, die zu Beschwerden und Beeinträchtigungen, also auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu einer Bewegung in Richtung Krankheit, führen.

Inwieweit und in welcher Form in der psychologisch-beraterischen und psychotherapeutischen Arbeit mit Kinder Partizipationserfahrungen gefördert bzw. angestoßen werden können, um auf diese Weise das Kohärenzgefühl zu stärken, ist Gegenstand einer Untersuchung, die das Kernstück des Bandes bildet. Zur Beant-

wortung dieser Fragen wurden 100 Kinder über ihre Erfahrungen in der Erziehungs- und Familienberatung befragt. Die Aussagen weisen insgesamt auf eine Unzufriedenheit der Kinder mit dem Grad der Partizipation am Geschehen hin. Dies gilt insbesondere für das Familiensetting. Ausgehend von diesen Ergebnissen trägt der Autor Bausteine für ein stärker partizipativ ausgerichtetes professionelles Handeln zusammen. In den Mittelpunkt stellt er dabei das Modell der „Informierten Zustimmung“ und den Empowermentansatz als übergreifende Handlungskonzepte sowie Formen der Netzwerkförderung, systemisch-lösungsorientierte Instrumente und Methoden aus der narrativen Psychologie.

- ☒ Mike Seckinger, Sigrid Stiemert-Strecker & Kristin Teuber (2000): ***Qualität durch Partizipation und Empowerment***. Tübingen, dgvt-Verlag.
- ✍ Die in diesem Buch versammelten Beiträge zeigen, wie durch konsequente Umsetzung von Partizipation und Empowerment eine neue Qualität psychosozialer Arbeit erreicht werden kann. An konkreten Praxisbeispielen aus den Arbeitsfeldern Psychiatrie, Jugendhilfe, Gemeinwesenarbeit, Mütterzentrumsarbeit, Städtenetzwerkarbeit, und aus dem Selbsthilfebereich wird gezeigt, auf welche Weise partizipative Elemente umgesetzt werden können. Schwierigkeiten bei der Realisierung des Empowermentansatzes, die nicht zuletzt in systemimmanenten Gründen psychosozialer Arbeit liegen, werden aufgegriffen und diskutiert.
- ☒ Andreas Knuf & Ulrich Seibert (2000): ***Selbstbefähigung fördern. Empowerment***

***und psychiatrische Arbeit***. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- ✍ Immer mehr psychiatrisch Tätige suchen nach neuen Möglichkeiten psychisch kranke Menschen noch besser zu unterstützen. »Empowerment« heißt das Stichwort. Die Kranken sollen psychisch und sozial so gestärkt werden, dass sie ihre Gesundheit und ihr weiteres Leben in die eigenen Hände nehmen können, so weit das geht. Andreas Knuf und Ulrich Seibert zeigen gemeinsam mit einigen anderen Autoren, was es heißt, »empowernd« zu arbeiten. Das Buch öffnet zum einen ohne Denk-Tabus die gegenwärtige Auseinandersetzung um ein neues Selbstverständnis psychiatrischer Tätigkeit, zum anderen liefert es auf eine erfrischende Art eine beinahe unerschöpfliche Fülle von konkreten Möglichkeiten im Arbeitsalltag.

Im Zusammenhang mit dem Schwerpunkt dieser Ausgabe des Rundbriefes sei besonders hingewiesen auf den Beitrag von Manfred Zaumseil in diesem Band.

Manfred Zaumseil (2000):

**Möglichkeiten der Verständigung über Medikamente. Wie kommen Professionelle und Betroffene zu gemeinsamen Entscheidungen?** (S. 196-211).

- ☒ Algozzine, B. & Kay, P. (Eds.). (2002). *Preventing problem behaviors*. Thousand Oaks: Corwin Press.
- ☒ Badura, B. (Hrsg.). (2002). *Fehlzeiten-Report 2001: Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor*. Berlin: Springer.

*Hinweise zum Schwerpunktthema*



# AUS DEN HOCHSCHULEN

## Fachhochschule Magdeburg-Stendal

Prof. Dr. Eberhard Göpel

### Weiterbildung „Gemeindebezogene Gesundheitsförderung“

Auf der Ebene der Städte und Gemeinden gewinnt die lokale Gesundheitsförderung in Form von kooperativen Projekten und intersektoraler Zusammenarbeit zunehmend an Bedeutung. Ein koordiniertes Zusammenwirken von verschiedenen Einrichtungen und Berufsgruppen, aber auch von Einzelpersonen, Initiativen und Organisationen stellt jedoch hohe Anforderungen an alle Beteiligten, um neue Formen der Bürgerbeteiligung in der Gesundheitsförderung auf der lokalen Ebene wirksam zu gestalten.

Die Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) bietet in Kooperation mit dem Verbund „Hochschulen für Gesundheit“ ab dem 1. Oktober 2002 einen weiteren Durchgang der berufsbegleitenden Weiterbildung zur/zum „Gesundheitsmanager/-in im Bereich kommunale Gesundheitsförderung“ an. Die Weiterbildung umfasst 3 Semester und ist in einen Fernstudien-Anteil mit zentralen Präsenzphasen und in einen praktischen Weiterbildungsanteil in Form von Projektarbeit in lokalen Studiengruppen vor Ort gegliedert.

Mit unserer Weiterbildung geben wir AkteurInnen der Gesundheitsförderung die Chance, Kenntnisse in der gemeindebezogenen Gesundheitsförderung zu erwerben und Ihre Kompetenzen für ein erfolgreiches Management intersektoraler Kooperation zu erweitern.

Zielgruppe

Die Weiterbildung richtet sich an MitarbeiterInnen und AkteurInnen:

- in Netzwerkprojekten (z. B. Gesunde-Städte-Projekt, Gesundheitsfördernde Schule)
- in Umweltprojekten (z. B. Lokale Agenda, Umweltinitiativen)

- in sozialen Organisationen (z. B. Wohlfahrtsverbände, Umweltverbände)
- in Bürgerinitiativen, lokalen Aktionsgruppen, Selbsthilfegruppen, Institutionen (z. B. Patientennetzwerke, Gesundheitszentren)
- in öffentlichen Institutionen (z. B. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Krankenkassen, Ärztekammern, Kommunalverwaltungen)

### Zugangsvoraussetzungen

Für die Teilnahme werden vorausgesetzt:

- eine abgeschlossene Berufsausbildung oder der Nachweis einer mindestens zweijährigen Tätigkeit in einem für die Weiterbildung relevanten Ausbildungs- und Arbeitsbereich.
- Kenntnisse der deutschen Sprache auf fundiertem Niveau
- Fähigkeit zur Arbeit mit wissenschaftlichen Texten und Studienmaterialien
- Zugang zu Internet

### Gebühren

450.- €pro Semester - insgesamt: 1.350.- €

### Informationen

Für Fragen und Informationen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung:

Projekt Hochschulen für Gesundheit

c/o Hochschule Magdeburg-Stendal

Tel: **0391/ 886-4711**

e-mail: [gfg@sgw.hs-magdeburg.de](mailto:gfg@sgw.hs-magdeburg.de)

**Weitere Informationen finden Sie im Internet unter:**

<http://www.sgw.hs-magdeburg.de/gfg>



## Gesundheit europäisch denken

Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)

startet ab Wintersemester 2002 einen europäischen Studiengang für nachhaltige Gesundheitsförderung

Europa wird als Akteur der Gesundheitspolitik immer wichtiger. Die Verabschiedung des neuen EU-Programms zur öffentlichen Gesundheit steht unmittelbar bevor. Damit wird die Gesundheitspolitik in Europa auf ein neues Fundament gestellt. Ab dem Wintersemester 2002 bietet die Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) die Möglichkeit, in einem postgradualen Fernstudiengang „Health Promotion and Sustainability in Europe“ einen Abschluss als „European Master in Health Promotion“ zu erwerben. Das Studienangebot ist im Rahmen eines Kooperationsverbundes von 15 europäischen Hochschulen entwickelt worden und schließt einen intensiven europäischen Austausch während des Studiums, inklusive Auslandsaufenthalt, ein.

*Zielgruppe* sind professionelle PraktikerInnen, die sich für eine leitende Funktion auf europäischer, nationaler oder regionaler Ebene

- im öffentlichen Gesundheitssektor,
  - bei Nicht-Regierungs-Organisationen,
  - in der Gesundheitsforschung oder
  - in der Gesundheitswirtschaft
- wissenschaftlich weiterqualifizieren wollen.

### Zulassungsvoraussetzungen:

- abgeschlossenes Hochschulstudium (FH/Uni) im Bereich der Gesundheitswissenschaften oder

- abgeschlossenes Hochschulstudium (FH/Uni) und einschlägige Praxiserfahrung
- kurze schriftliche Darstellung der Studienmotivation und -erwartungen
- gute deutsche und englische Sprachkenntnisse
- Internetzugang, um die multimedialen Studienmaterialien bearbeiten zu können

### Zeitlicher Studienaufwand:

- ca. 15 Stunden Selbststudium pro Woche
- zweitägige Präsenzphasen (alle fünf Wochen Freitag und Samstag)
- eine EU-Fachexkursion nach Brüssel (eine Woche)
- eine europäische Summer School pro Jahr (zwei Wochen)
- mindestens ein Studienaufenthalt im Ausland

Der Studiengang startet mit einer Einführungstagung im Rahmen der **2. Sommer-Akademie zur Gesundheitsförderung vom 9. bis 13. September 2002** in Magdeburg.

**Der Bewerbungsschluss ist der 31. Juli 2002.**

Weitere Informationen zum Studiengang sowie zum Zulassungsverfahren im Internet unter:

<http://www.sgw.hs-magdeburg.de/eumahp>

Interessentinnen und Interessenten können sich per E-Mail melden:

[eumahp@sgw.hs-magdeburg.de](mailto:eumahp@sgw.hs-magdeburg.de) oder anrufen: **0391 – 886 4713**

# TAGUNGSBERICHTE

## Bericht aus der GGFP Nachrichten aus dem Vorstand

Am 13 und 14. Juli 2001 fand in Berlin die Jahrestagung der GGFP verbunden mit einer Zukunftswerkstatt statt.

Der alte Vorstand (Jarg Bergold, Ursula Düll, Hubert Kötter, Albert Lenz, Mike Seckinger, Ingeborg Schürmann) wurde entlastet und wiederum für 2 Jahre gewählt.

Die Zukunftswerkstatt fand auf Initiative des Vorstandes mit dem Ziel statt, für die nächsten Jahre Perspektiven für die Gemeindepsychologie und den Verein zu entwickeln. Wolfgang Stark übernahm dankenswerter Weise die Moderation. Da der Verlauf und das Gesamtergebnis der Zukunftswerkstatt in der nächsten Ausgabe des Rundbriefes ausführlicher dargestellt wird, sollen hier nur die ersten drei Prioritäten der Zukunftswerkstatt genannt werden: Fortführung der Perspektivendiskussion, Entlastung der Herausgeber des Rundbriefes (Bergold, Röhrle) und Europäische Tagung 2004.

In der Vorstandssitzung am 7. und 8.12.01 in Berlin wurden dann auch diese Punkte ausführlicher diskutiert. Die Europäische Tagung wird weiter von Jarg Bergold und Wolfgang Stark vorangetrieben. Die Weiterentwicklung der Perspektiven der Gemeindepsychologie (Ziele, Wege und Handlungsfelder) werden ihren Platz auf der nächsten Jahrestagung in Thurnau 07. bis 09. Juni 02 haben – das konkrete Thema lautet: „Ziele, Wege und Tätigkeitsfelder der Gemeindepsychologie?!“

Auch zur Entlastung der Herausgeber des Rundbriefes sind einige Aufgaben neu verteilt worden. In diesem Rahmen möchten wir auf

die Möglichkeit einer Gastherausgeberschaft hinweisen.

Leider ist die Tagung zur Gesundheitsförderung von den Planern abgesagt worden. Da es dabei (auch) um die Frage ging, wie viel Ressourcen der Vorstand bei dem Tagungsmanagement zur Verfügung stellen kann, ist ein Merkblatt entwickelt worden, das demnächst den Mitgliedern zur Verfügung gestellt wird.

Erfreulich gestaltete sich wieder unserer Präsenz und Mitwirkung beim 14. Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung vom 23. bis 27. Februar in Berlin.

Inhaltlich war die Gemeindepsychologie durch Symposien zu den Themen Gesundheitsförderung, Partizipation, Gemeindepsychiatrie und Community Counselling vertreten. Der schon traditionelle „Treffpunkt Gemeindepsychologie“ stieß auch in diesem Jahr auf ein großes Interesse.

Die aktuelle Vorstandsarbeit wird neben der Vorbereitung der Jahrestagung stark durch Überlegungen zu Möglichkeiten der Kooperation mit anderen Verbänden und Gesellschaften geprägt. Im Mittelpunkt der Überlegungen steht dabei das Modell der Konföderation mit anderen kleineren psychologischen Fachvereinigungen, um auf diese Weise Kräfte zu bündeln und sich in den Bereichen Forschungsförderung, Hochschul- und Ausbildungspolitik stärker zu Wort melden zu können. Kontakte finden in diesem Zusammenhang mit der NGfP

und der Gesellschaft für Kulturpsychologie statt.

Zum Schluss noch ein Wort zum Euro. Natürlich müssen auch wir den Mitgliedsbeitrag in

Euro erheben und haben auf der Mitgliederversammlung den Preis von 65 Euro beschlossen.

Albert Lenz und Ingeborg Schürmann

## Tagungsbericht „Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen“ 8.-9.11.2001 Fulda

Auf dem Hintergrund internationaler Bemühungen, dem Tagungsthema auch in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) mehr öffentliche, fachliche und politische Bedeutung zu geben, fand erstmals ein Treffen von Fachleuten statt. Dieses Treffen wurde zum Ausgangspunkt einer Vernetzung von ExpertInnen in Politik, Forschung und Praxis zum Thema „Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen“. Dabei wurde Wert darauf gelegt, diese Initiative in den Kontext neuer Formen der Gesundheitsförderung zu bringen. Zunächst wurde über eine Bestandsaufnahme zum Tagungsthema diskutiert. Es folgte ein Gespräch über mögliche Perspektiven und konkrete Vorhaben und Organisationsvorschläge. Unter anderem wurde das „**German Network for Mental Health - Deutsches Netzwerk für psychische Gesundheit**“ gegründet. Im Vergleich zu anderen Ländern hat die BRD in Hinsicht auf derartige Initiativen einen enormen Nachholbedarf.

An diesem Treffen nahmen überwiegend Personen teil, die sich sowohl als Forscher als auch als sozialpolitisch Handelnde und Verantwortliche bislang verdient gemacht haben:

- ☺ David Althaus (*Nürnberger Bündnis gegen Depression*)
- ☺ Rudi Briel (*Deutscher Caritas Verband*)
- ☺ Waltraud Deubert (*Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie*)
- ☺ Eberhard Göpel (*GesundheitsAkademie e.V. Fachhochschule Magdeburg; Allianz für Gesundheitsförderung*)
- ☺ Horst Hackauf (*Deutsches Jugendinstitut*)
- ☺ Ellis Huber (*Gesundheitsparlament*)
- ☺ Notker Klann (*Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung*)
- ☺ Daniel Köhn (*Früherkennungs- und Therapiezentrum für psychische Krisen an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Köln*)
- ☺ Alexander Krämer (*Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften*)
- ☺ Ralf Manz (*Public Health Verbund Universität Dresden*)
- ☺ Jürgen Matzat (*Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen; Justus-Liebig-Universität Giessen*)
- ☺ Pfeifer (*Bundeskonferenz für Erziehungsberatung*)
- ☺ Peter Paulus (*Universität Lüneburg Institut für Psychologie Netzwerk Gesunde Schule*)
- ☺ Bernd Röhrle (*Philipps-Universität Marburg Gesellschaft für Gemeindepsychologische Forschung und Praxis*)
- ☺ Bernhard Scholten (*Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz*)
- ☺ Alfons Schröer (*Bundesverband der Betriebskrankenkassen*)
- ☺ Wolfgang Slesina (*Inst. f. Soz. u. Arbeitsmedizin Martin-Luther-Universität Halle*)
- ☺ Gordon Wingert (*Philipps-Universität Marburg*)

### Bestandsaufnahmen

Der Versuch, eine Bestandsaufnahme zum Thema „Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen“ für die BRD zu machen, geschah anhand spärlicher Daten aus verschiedenen Handlungsfeldern. Diese wurden ergänzt durch Berichte der anwesenden ExpertInnen aus ihren jeweiligen Praxisbereichen (s.u.). Grundlage hierfür waren auch Statements und Materialsammlungen, die als CD zum Selbstkostenpreis bezogen werden können.

In einem Eingangsreferat wurde von Prof. Dr. B. Röhrle umrissen, wie sich die Prävention psychischer Störungen im deutschsprachigen Bereich im Kontext dokumentierter Forschungsarbeiten sowohl historisch als auch aktuell darstellt. Dabei wurde deutlich, dass erheblich quantitative und qualitative Defizite bis in die Anfänge der neunziger Jahre vorliegen. Diese werden zunehmend durch Forschungsarbeiten zu Themen wie Drogenprävention, Interventionen zur Verbesserung ehelicher Beziehungen, zur Bewältigung von Scheidungsfolgen für Kinder, Prävention von Angst und Depression und Stressbewältigung in den letzten Jahren ausgeglichen. Die immer deutlicher werdende Präsenz dieser Themen auch in deutschsprachigen Büchern und Fachjournalen zeugt von einer wachsenden Bereitschaft, sich mit dem Tagungsthema in Forschung und auf Projektebene zu beschäftigen.

Im Gegensatz zur Analyse der Forschung, sind die Möglichkeiten, die Praxis der Prävention psychischer Störungen und der Förderung psychischer Gesundheit zu dokumentieren, nur rudimentär gegeben. Hier herrscht eindeutig Bedarf an einer umfassenden Bestandsaufnahme. Dies gilt insbesondere auf dem Hintergrund erschreckender epidemiologischer Daten für verschiedene Bereiche psychischer Störungen, aber auch bei subklinischen Phänomenen, die nicht allein mit kurativen Maßnahmen angegangen werden können und die zugleich

humanes, soziales und ökonomische Kapital erheblich und zunehmend beeinträchtigen.

Präventive Handlungsfelder in der Beratung sind teilweise nur sehr grob darzustellen, als Anteile an der Gesamttätigkeiten, oder als sehr spezifische und nicht repräsentative Darstellungen einzelner Interventionsformen (z.B. Scheidungsbewältigung bei Kindern). Schulische Gesundheitsförderung ist recht gut erfasst. Sie bezieht sich bislang jedoch kaum auf die Prävention psychischer Störungen. Die Verbreitung betrieblicher Gesundheitsförderung ist ebenfalls gut dokumentiert, fasst jedoch im Sinne der Prävention von psychischen Störungen vorwiegend nur Programme zur Stressbewältigung und zur Vermeidung süchtigen Verhaltens. Flächendeckende Analysen der Drogenprävention liegen für das Land Sachsen vor. Andere Bereiche, wie die Prävention sexuellen Missbrauchs und seiner Folgen, sind weitere einermaßen gut dokumentierte Praxisfelder. Als wichtige Erkenntnis wurde im Zusammenhang mit dem Wunsch nach Bestandsaufnahmen vorgetragen, dass viele herkömmliche Tätigkeiten auch die Funktion haben, als gesellschaftspolitische Sensoren für sich entwickelnde Schief lagen zu dienen (Armut, Scheidungen, Arbeitslosigkeit; dies gilt insbesondere für den Beratungsbereich).

Neben besseren Bestands- und Bedarfserhebungen zur Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit wurde erkennbar, dass zusätzlich sozialpolitische Initiativen notwendig sind, um bestehende Möglichkeiten zu verbreiten und um neue, notwendige und in der Wissenschaft als Beispiele guter Praxis ausgewiesene, zu etablieren. Dabei wurde auch deutlich gemacht, dass solche Initiativen mit dem Bemühen einhergehen müssen, die besonderen methodischen Bedingungen zum Nachweis von Effizienz präventiver Interventionen sozialpolitisch verantwortlichen Personen verständlich zu machen. Der Nachweis, durch präventive Inter-

ventionen etwas zur Senkung der Inzidenz (Ersterkrankung) psychischer Störungen beizutragen, ist aus vielerlei Gründen, wesentlich schwerer, als der Nachweis der Effektivität kurativer Methoden.

Diskutiert wurde dabei die Schwierigkeit, den Kompromiss zwischen wissenschaftlicher Redlichkeit und dem Marketing präventiver Produkte zu finden. Weitere Diskussionen beschäftigten sich mit dem Verhältnis von indizierten Formen der Prävention einerseits und universellen und verhältnisorientierten Formen andererseits. Zugleich spielten allgemeine Modelle der Implementation präventiver Bemühungen zwischen von oben herab induzierten und partizipativ entwickelten Maßnahmen eine zentrale Rolle in der Diskussion. Grundlage dieser Diskussion waren Ansprüche einer an Public Health orientierten Zielen (u.a. Ganzheitlichkeit) und an der Verbesserung von Lebenswelten orientierten Form der Prävention psychischer Störungen. Diese schließt Ansprüche auf überschaubare, finanzierbare, *Zuständigkeit definierende, spezifische Problemlagen und Menschen berücksichtigenden* Formen der Prävention mit ein. Die Grenzen des Machbaren präventiver Bemühungen wurden zudem auch durch vorherrschende Versorgungssysteme und die dahinter stehenden Machtstrukturen betont.

Im Sinne eines Erfahrungsaustausches wurden die Bereiche Erziehungs- und Familienberatung, Betriebliche Gesundheitsförderung, Projekte zur Prophylaxe von Schizophrenie und Depression bzw. Suizid bzw. allgemeine Maßnahmen der Prävention im psychiatrischen Bereich, schulische Gesundheitsförderung, Prävention im Bereich der Frühförderung und Jugendhilfe von den verschiedenen TeilnehmerInnen vorgestellt (s.u.).

Im Ergebnis zeigte sich, dass es mehr Aktivitäten gibt, als man annehmen möchte. Dies gilt insbesondere für die Prävention von Eheprob-

lemen, Scheidungen, Scheidungsfolgen, Drogenabusus, u.a.m.. Aufblühend sind Initiativen zur Elternschulung, Vermeidung von Schwangerschaften bei Jugendlichen u.a.m.. Viele dieser Aktivitäten sind gewissermaßen selbstverständlich geworden, einige sind jedoch defizitär angelegt. Dies gilt sowohl im quantitativen als auch im qualitativen Sinne. Berichte und Empfehlungen zur Gesundheitsförderung erwähnen die Prävention psychischer Störungen nur randständig, obgleich sie etwa die WHO zu einem kardinalen Thema gemacht hat. Dementsprechend fehlt es an hinreichend vielen Stellen in bestimmten Sektoren (z.B. Beratungsbereich), manche sind so gut wie gar nicht vertreten (z.B. unabhängige, intersektoral orientierte Organisationen der betrieblichen Gesundheitsförderung). Das Angebot an präventiven Dienstleistungen ist auf dem Hintergrund internationaler Standards noch sehr unzureichend (Bewältigung der Folgen von Arbeitslosigkeit, Umgang mit Einsamkeit, etc.), Maßnahmen zur Verhältnisprävention sind äußerst selten, wie auch Versuche einer gezielteren Öffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich. Es deutet sich ein neuer PISA-Effekt im psychosozialen Bereich an. Eine Vielzahl von Initiativen in den Europäischen Ländern geben diese Standards vor (UK: Our Healthier Nation; Finland/EU: STAKES). Nicht nur werden viele Themen in diesen Ländern angesprochen, die in der BRD bislang kaum eine Rolle spielen, sondern handelt es sich dabei auch um Maßnahmen, die flächendeckend zur Anwendung kommen.

### **Perspektiven**

Die Perspektiven der BRD für eine Stärkung des präventiven Gedankens werden sich an den internationalen Standards zu messen haben. Gleichzeitig wurde auch an die Vorgaben des Gutachtens von Trojan und Legewie für den Deutschen Bundestag erinnert, zu einer koordinierten psycho-sozialen, rechtlichen, ökonomischen,

mischen und politischen Strategie zu finden, die völlig neue Formen der Gesundheitsförderung möglich machen könnte. In diesem Sinne wurde über eine Vielzahl von Trends berichtet, die international zu beobachten sind und die weitgehend im Einklang mit diesem Gutachten stehen: Nutzung unterschiedener Ansatzpunkte (Individuum-Umwelt [sozial und gemeindeorientiert]), verschiedener Formen der Prävention (primär bis tertiär, universell, selektiv, indiziert), ressourcenorientierte Vorgehensweisen, intersektorale Koordination präventiver Bemühungen in verschiedenen Lebensbereichen, Ingebrauchnahme neuer Medien als eine von vielen Formen der Verbreitung und des Social Marketing, u.a.m.. Vorschläge dieser Art wurden von den TeilnehmerInnen zum Teil konkretisiert. Dabei wurde u.a. deutlich, dass es Sinn macht, bestimmte Handlungsfelder, wie z.B. den Beratungsbereich und die betriebliche Gesundheitsförderung, enger zu verzahnen. Die notwendige Voraussetzung dafür ist nicht nur eine bundesweite, sondern vor allem auch lokale Vernetzung von Diensten, Initiativen, Organisationen usw.. Dabei wurde an eine regionale Verzahnung durch übergreifende Dienste oder Organisationen gedacht ( z.B. regionale Gesundheitskonferenzen, Clearingstellen, usw.).

Viele Vorhaben warten nur auf eine Umsetzung oder Verbreitung. Es fehlt nicht an theoretischem und methodischem Wissen. Es gilt, das Thema Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit in verschiedene psychosoziale Szenen hineinzutragen (Jugendhilfe, Selbsthilfe, etc.) und anstehende politische Themenfelder (z.B. Ganztagschulen) aufzugreifen und zu nutzen. Zugleich wird es darauf ankommen, solche Initiativen auch mit Möglichkeiten der Qualitätssicherung zu versehen. Ohne eine Politisierung und Verrechtlichung der Diskussion des Tagungsthemas wird es aber nur geringe Chancen geben zu einer wirklichen strukturellen Veränderung

der Versorgung zu gelangen. So wird das Problem der Segmentierung verschiedener Versorgungsbereiche verstärkt durch zersplitterte gesetzliche Vorgaben. Dementsprechend wurde erkannt, dass gesetzliche Rahmenbedingungen im Sinne einer Policy pro Prävention von Nöten wären.

ATc0.044[(der Vh0 -1.721483 Twn V Ärung )]wäre

„German Network for Mental Health - Deutsches Netzwerk für psychische Gesundheit „,

4. Die Erstellung einer Internetpräsenz (dafür stellten sich Herr Prof. Dr. Röhrle und Frau Dipl. Soz. Päd. Deubert zur Verfügung).
5. Die Differenzierung verschiedener Aufgabenbereiche. Als Ziel sollen einzelne Personen den verschiedenen Bereichen zugeordnet werden und somit die Ansprechpartner für diese Bereiche darstellen. Mögliche Bereiche wären:
  - Öffentlichkeitsarbeit
  - Suche nach Stakeholdern in Politik und relevanten Institutionen. Dabei wurde darauf aufmerksam gemacht, dass für die Politik darauf zu achten wäre, dass sich die Beratung an den Interessen des Ministeriums orientiert.
  - Schaffung internationaler Kontakte.
6. Ein weiterer Vorschlag zur internen Struktur wurde gemacht:

Die TeilnehmerInnen könnten sich den Bereichen Public Health: Science, Practice, Policy zuordnen, so dass es auch hierbei wieder spezifische AnsprechpartnerInnen gäbe.
7. Die Entwicklung von Zielsetzungen für die nähere Zukunft. Als Grundlage dafür könnte eine Verbindung aus den Vorstellung der TeilnehmerInnen mit den Ideen von STAKES (siehe: Minimal Indicators for Mental Health Promotion) dienen.
8. Zusenden der möglichen Zielbereiche an die TeilnehmerInnen und eine Konkretisierung dieser durch die TeilnehmerInnen.
9. Erörterung der Finanzierbarkeit. Dabei wurde der Hinweis gegeben, dass die EU Netzwerke unterstützt, so dass eine Struktur, die sich mit

Mental Health Promotion beschäftigt, durchaus finanzierbar sein könnte.

10. Zielgruppen:

# TAGUNGSANKÜNDIGUNGEN

The Second World Conference

## **The Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioural Disorders**

Developing Partnerships: Science, Policy and  
Programmes Across Cultures

**September 11 - 13, 2002**

**Under the patronage of Mr David Byrne, Member of the European Commission**

The Commonwealth Conference and Events Centre  
Royal Kensington and Chelsea  
LONDON



**The Conference is organised by The World Federation  
for Mental Health and The Clifford Beers Foundation  
in collaboration with The Carter Center  
Co-sponsored by the World Health Organization**

The London Conference is an integral component of the World Federation for Mental Health global programme for the promotion of mental health and the prevention of mental and behavioural disorders.

## Welcome



As we move into the new millennium we must find improved ways to promote mental health and prevent mental disorders.

The European Commission, in conjunction with national governments, is committed to maintaining and strengthening practical activities in the field of the promotion of mental health.

Of course the success of such efforts depend to a great extent on the efforts and endeavours of those actively engaged in the field and the Commission fully recognises the need to support the research, dissemination and implementation of effective promotion/prevention programmes.

It is therefore a great honour and pleasure to be asked to act as Patron of the Conference. On a personal note I recognise the immense impact such an international meeting can generate and of course the final recommendations of the conference will be geared to help shape the future mental health agenda.

May I take this opportunity of welcoming you to London in September 2002 for what will undoubtedly be an exciting, interesting and challenging forum that reinforces the role of mental health as an integral component of public health and helps lead to more effective ways to promote mental health on a truly international basis.

## Commissioner Byrne

---

**The World Federation for Mental Health** is an international non-governmental organisation founded in 1948. It is the only worldwide non-governmental, multidisciplinary advocacy and educational organisation concerned with all aspects of mental health. Its membership includes policy makers, scientists, consumers, family members, mental health professionals and concerned advocates in more than 100 countries on six continents. The WFMH is in consultative status to the United Nations and its specialised agencies. WFMH's goals are to heighten awareness, promote positive mental health, prevent mental and behavioural disorders and improve the care and treatment of those with mental disorders.

**The Clifford Beers Foundation** was founded "to promote the protection and promotion and preservation of the good mental health of people irrespective of race, colour, creed or place of residence and to advance education for the public benefit in all matters relating to mental illness/disorder and into steps necessary to promote and protect mental health". To this end the Foundation has established a global network of experts in the field of mental health promotion, commissioned the International Journal of Mental Health Promotion, acted as advisers to national and international agencies and has organised and presented a range of conferences to multinational audiences.

**The Carter Center Mental Health Program** was founded in 1991 under the leadership of former United States First Lady Rosalynn Carter. The Mental Health Program, with the support of a distinguished Mental Health Task Force, strives to improve access to quality mental health treatment, prevention services and support. It also seeks to decrease the incidence and prevalence of mental disorders around the world and to improve the quality of life for people with mental illnesses by reducing stigma and discrimination.

## Conference Theme, Aims and Objectives

Developing partnerships incorporating science, policy and programmes across cultures will be the main theme of the conference and will ensure continuity with the inaugural conference held in Atlanta, December 2000.

The London Conference will be an international working meeting designed to move forward the prevention and promotion field, by organising, mobilising and strengthening relationships.

London will build upon the organisation and aims developed both prior to and during the Atlanta Conference. It will evaluate the progress made since Atlanta, develop new and/or updated strategies and action plans and seek to broaden the support for prevention and promotion in mental health across cultures, social class and gender. Partnerships will be fostered among the broad spectrum of disciplines and stakeholders. Emphasis will be placed on:

- research on the promotion of mental health and the prevention of mental and behavioural disorders worldwide;
- evidence-based programmes, policies and principles of effective promotion and prevention;
- international exchange of research outcomes, programmes, policies and guidelines to stimulate implementation, recognising the need for cultural variations and adaptation;
- advocacy, policy-making and organisational conditions to facilitate promotion and prevention programmes;
- improved training facilities to increase knowledge and expertise in the design and implementation of promotion and prevention programmes.

To be successful in this and subsequent biennial conferences, there is a need for scientific input from leaders and experts in the field and for a strategy to ensure that this and future conferences provide the appropriate forums to advance the mission of this movement.

### **Beverly Long**

*Chair, Biennial Conference Committee*

### **Clemens Hosman**

*Chair, Programme Committee*

### **Michael Murray**

*Chair, Organising Committee*

### **The Conference is supported by:**

Center for Mental Health Services (USA)

Department of Health (England)

European Commission Faculty of Public Health Medicine (UK)

Health Promotion Unit, Department of Health and Children (Ireland)

Irish Psychiatric Association Mental Health Foundation (UK)

National Assembly for Wales National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (Ireland)

National Institute for Mental Health (USA)

Royal Colleges of Psychiatrists, Nursing and General Practitioners (UK)

Scottish Executive

Society for Prevention Research

The World Bank

## **Why attend?**

While the nineteenth century was characterised by the custody and care of the mentally ill, the twentieth by the emphasis on care and treatment, the beginning of the new millennium heralds a period of major progress in the promotion of mental health and the prevention of mental and behavioural disorders. Promotion/ prevention strategies are urgent public health concerns worldwide, and the need for the promotion of mental health has now become a feature of government policy in many countries.

The last three decades have seen rapid developments in this field. The main barriers to enhancing this work are no longer a dearth of knowledge or programmes, but rather the lack of:

- shared information about ongoing research and successful programmes, policies and organisational models;
- collaboration on the development of new knowledge and the implementation of programmes and strategies;
- effective use of scarce resources.

This conference provides the opportunity to address these issues by engaging with leaders and experts from a range of disciplines and cultures, discussing the dissemination and implementation of a range of effective promotion and prevention strategies, influencing policy makers and administrators, and helping promotion and prevention strategies take their rightful place on the health and social care, economic, cultural and political agenda.

The challenge, reflected in the Conference agenda, will be to evaluate progress to date, examine government-mental initiatives, develop new and/or updated evidence-based strategies and action plans, and seek to broaden the support for prevention and promotion in mental health by building sustainable partnerships at local, national and international levels.

As such, London 2002 provides a unique opportunity to come together with colleagues from a range of professional and cultural backgrounds, share and compare issues of mutual interest, establish working networks and participate fully in this truly international meeting.

## **Who should attend?**

To meet successfully the challenge of addressing the constantly growing demand for effective promotion and prevention strategies, it is essential to move towards a more holistic approach and engage a range of individuals with professional, clinical, administrative and policy-making responsibilities in the design and implementation of policies and programmes.

This conference is designed to incorporate contributions from a wide series of disciplines, cultures and back-grounds.

Indeed the success of this conference depends upon multi-dimensional presentation and debate.

Participants will include:

- policy makers and policy administrators in local/national government;
- professionals and clinicians in health and social care, health promotion and public health;
- service users;
- researchers and scientists; and
- representatives of institutional settings (e.g. education, legal and judicial, labour organisations).

We are particularly keen to ensure that the Conference is relevant to delegates from all over the world by offering a range of perspectives for effective mental health promotion and prevention in a variety of different cultural settings.

**Conference Format**

Each morning and afternoon session on Wednesday and Thursday, and the Friday morning session, will begin with a keynote presentation. There will then be a plenary presentation followed by two commentaries, setting the scene for four parallel workshops. The Conference will then divide into the workshops on the theme of the plenary presentation plus a session(s) of papers/symposia and a gallery for posters. There will also be network sessions.

There will be five sets of workshops. The planned themes are:

- **Wednesday morning:** Analysing problems and lessons from the research
- **Wednesday afternoon:** Influencing effective national policy
- **Thursday morning:** Developing stakeholder partnerships
- **Thursday afternoon:** From research to effective programmes
- **Friday morning:** Developing a competent workforce

The four parallel workshops in each of the five sessions will consider the identified workshop theme, taking one of the following life span perspectives:

- **Workshop 1:** Pre-natal and pre-school, including parenting
- **Workshop 2:** School
- **Workshop 3:** Workplace
- **Workshop 4:** Elderly

In addition to the workshops, there will be thematic symposia, with papers grouped by the Conference Organisers around similar topics.

There will also be poster sessions linked to the five sets of workshops.

The following example shows the first session, Wednesday morning:

Keynote speaker					
Plenary presentation: Analysing problems and lessons from the research					
Commentaries 1 and 2 on workshop setting presentation					
Workshops: Lessons from the research				Symposia	Poster sessions
Workshop 1	Workshop 2	Workshop 3	Workshop 4		
Pre-natal/ pre-school	School	Workplace	Elderly		

In the closing session on Friday afternoon, summaries, future action and proposals for 2004 will be debated.

*Conference programme subject to review*

**Speakers include:**

**Dr Florence Bain-gana**  
The World Bank

**Dr Margaret Barry**  
National University of Ireland, Galway

**Professor Lynne Bond**  
University of Vermont

**Mr John Bowis**  
Member of the European Parliament

**Mrs Rosalynn Carter**  
The Carter Center

**Professor Rachel Jenkins**  
Institute of Psychiatry

**Mrs Pirkko Lahti**  
President, World Federation for Mental Health

**Dr Eero Lahtinen**  
Ministry of Health and Welfare, Finland

**Mrs Beverly Long**  
World Federation for Mental Health

**Dr Beverly Malone**  
Royal College of Nursing

**Professor Patrick McGory**  
University of Melbourne

**Dr John Orley**  
Chair, The Clifford Beers Foundation

**Professor Beverley Raphael**  
New South Wales Health Department

**Dr Benadetto Saraceno**  
World Health Organization

### Submission of Abstracts

Potential presenters at the Conference are invited to submit abstracts of their proposed papers for consideration by the Programme Committee. Papers must address the Conference themes and presenters must specify the workshop/symposium or poster session where they wish to present their paper or work. Presentations will be no more than 15 minutes in length.

- All abstracts must be submitted in electronic format, in any version of Microsoft Word or a programme from which Word can import. They should indicate the major issues addressed, the outcomes, relevance to cultural diversity issues, and what can be learned from the findings. The length should be no more than 400 words and they must arrive no later than 28th February 2002.
- Abstracts should be double spaced and use 12 point Times New Roman font. They should include the title of the paper on one line and the author(s) on a separate line before the body of the abstract.
- If sent by post, abstracts should be on a 3.5" floppy disk or CD-ROM formatted for use by Microsoft Windows. They will not be considered unless accompanied by a fully completed copy of this form or a completed photocopy of it.
- Abstracts may be email-ed to abstracts@charity.demon.co.uk, in which case they should be accompanied by the electronic version of this form, fully completed. This form is available from The Clifford Beers web-site in Microsoft Word format: www.charity.demon.co.uk.
- All presenters must register for the Conference (see guidance notes for delegates on page 8).

### The Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioural Disorders: Abstract Form

Name: \_\_\_\_\_ Affiliation/Organisation: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 City/State/Zip or Postal Code: \_\_\_\_\_  
 Country: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Officetelephone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Names of co-author(s) and Affiliation/Organisation:**

1. \_\_\_\_\_ Affiliation/Organisation: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Affiliation/Organisation: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Affiliation/Organisation: \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Affiliation/Organisation: \_\_\_\_\_

**Please indicate which workshop/symposium or poster session you wish to present at: (tick one box only)**

Session and Conference Theme (Please see conference web page for more detailed guidance notes on the submission of abstracts)		Workshop				Symposium	Poster session
		Pre school	School	Work-place	Elderly		
Wed. am	Analysing problems and lessons from research						
Wed. pm	Influencing effective national policy						
Thur. am	Developing stakeholder partnerships						
Thur. pm	From research to effective programmes						
Fri. am	Developing a competent workforce						

At the discretion of the Committee, presenters may be offered a presentation slot in an alternative session to that selected.

Please tick the box if you would like your paper to be considered for publication in *The International Journal of Mental Health Promotion*:

**The Promotion of Mental Health and Prevention  
of Mental and Behavioural Disorders: Registration Form**

**Registrant Information**(Please print or type. Send one form for each registrant. You may photocopy this form if necessary)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Last Name (Family Name)                      First Name                      Title (MD, PhD, MSW etc.)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Organisation                                      Your Title

Address for correspondence

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Postal Code                                      Country

( )                                      ( )                                      /  
Telephone                                      Fax                                      Email

I have the following special needs (e.g. vegetarian meals, wheelchair access, other): \_\_\_\_\_

**Registration Fee (includes refreshments and lunch)**

Early registration fee by February 28th 2002                      £240 + VAT = £282.00  
Regular registration fee by July 31st 2002                      £300 + VAT = £352.50  
Late registration fee after July 31st 2002                      £350 + VAT = £410.25

**Payment information (see also Guidance notes for Delegates)**

I enclose a cheque/money order in £ Sterling for £ \_\_\_\_ made payable to The Clifford Beers Foundation

Please invoice. Address for invoice (if different from above): \_\_\_\_\_

Please charge my credit/debit card for: £  all cards **except** American Express and Diners Club are acceptable

Credit card number:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cardholder name \_\_\_\_\_ Expiry date: \_\_\_\_\_

Cardholder signature Date: \_\_\_\_\_

Cardholder address \_\_\_\_\_

**Refund Information**

- up to May 31st 2002, 50 per cent of the fee will be returned in the event of a cancellation
- up to July 31st 2002, 25 per cent of the fee will be returned in the event of a cancellation
- from August 1st 2002, no refunds will be made, but a substitute will be able to attend for an administration fee of £40.

A limited number of scholarships/bursaries may be made available.  
Early application should be made to the Conference Office (address overleaf).

## **Guidance Notes for Delegates**

1. All presenters must be registered delegates for the conference.
2. Abstracts must be submitted as prescribed on the accompanying abstract submission form and must be received by Conference Office by 28th February 2002.
3. Delegates will be responsible for making their own travel and accommodation arrangements (see hotel booking form), but advice is available from Conference organisers. As hotel accommodation in London can be in short supply, delegates are advised to book early and take advantage of specially negotiated room rates. See accompanying information sheet for details.
4. Payments must be made to The Clifford Beers Foundation in Pounds Sterling:
  - By bankers draft or cheque payable to The Clifford Beers Foundation.
  - By credit/debit card (all cards **except** American Express and Diners Club are acceptable). The Clifford Beers Foundation regrets that it currently does not have secure facilities to enable credit card payments over the Internet.
  - By bank transfer to account No 20262919 at:

Barclays Bank  
P.O. Box 202  
Stoke-on-Trent ST1 2PJ  
United Kingdom  
Bank Sort Code 20-81-00.

5. Conference web site. For up-to-date information about the conference see:  
**<http://www.charity.demon.co.uk>**

The web site will enable delegates to submit abstracts and register online. Furthermore, the web page provides current news and updates about the conference programme, speakers, etc.

For further details about the conference, please contact:

The Conference Office  
The Clifford Beers Foundation  
Mariazell  
5 Castle Way  
Stafford ST16 1BS  
United Kingdom

Tel ++ 44 (0) 1785 246668  
Fax ++ 44 (0) 1785 246668

E-mail: [michael\\_murray@charity.demon.co.uk](mailto:michael_murray@charity.demon.co.uk)  
Web: <http://www.charity.demon.co.uk>

## AUS DER POLITIK

### Aus der Politik

#### Gesundheitskonferenzen werden gesetzlich verankert

Public Health Forum 9 Heft 33 (2001) <http://www.urbanfischer.de/journals/phf>

#### **Gesetzliche Verankerung von Gesundheitskonferenzen**

**Berlin:** Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG), 1994

§ 3 Zusammenarbeit mit anderen Organisationen und freien Trägern, Abs 2:

*„Zur Zusammenarbeit können auf bezirklicher Ebene themenorientierte Arbeitskreise, Gesundheitskonferenzen und Beiräte eingerichtet werden. Zur Mitarbeit in den themenorientierten Arbeitskreisen, Gesundheitskonferenzen und Beiräten sind neben der für das Gesundheitswesen zuständigen Abteilung des Bezirksamtes die anderen betroffenen Abteilungen des Bezirksamtes heranzuziehen sowie Vertreter aller relevanten Organisationen, Einrichtungen und Projekte aus den Bereichen Gesundheitsförderung, Gesundheitsschutz und Gesundheitsversorgung zu gewinnen.“*

**Nordrhein-Westfalen:** Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), 1997

§ 26 Landesgesundheitskonferenz:

*(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium beruft die Landesgesundheitskonferenz ein. Dieser gehören insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherungsträger: der verfaßten Ärzte- und Zahnärzteschaft, der Apotheker der Krankenhausgesellschaft, der freien Wohlfahrtsverbände der Landschaftsverbände, der gesundheitlichen Selbsthilfe und Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz, der Gewerkschaften und Arbeit-*

*geberverbände und der kommunalen Spitzenverbände des Landes an.*

*(2) Die Landesgesundheitskonferenz berät gesundheitspolitische Fragen von grundsätzlicher Bedeutung mit dem Ziel der Koordinierung und gibt bei Bedarf Empfehlungen. Die Umsetzung erfolgt unter Selbstverpflichtung der Beteiligten.*

*(3) Die Sitzungen der Landesgesundheitskonferenz finden mindestens einmal jährlich statt. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium führt den Vorsitz.*

*(4) Die Landesgesundheitskonferenz kann Arbeitsgruppen bilden.*

§ 24 Kommunale Gesundheitskonferenzen:

*(1) Der Rat oder der Kreistag beruft die Kommunale Gesundheitskonferenz von Vertretern und Vertreterinnen an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten, der Selbsthilfegruppen und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz ein Mitglieder des für Gesundheit zuständigen Ausschusses des Rates oder des Kreistages gehören der Kommunalen Gesundheitskonferenz an.*

*(2) Die Kommunale Gesundheitskonferenz berät gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung und gibt bei Bedarf Empfehlungen. Die Umsetzung erfolgt unter Selbstverpflichtung der Beteiligten.*



## AUS VEREINEN UND VERBÄNDEN

### Sozialpädagogisches Institut im SOS-Kinderdorf e.V.

Presstexte vom 03.05.2002

#### **SOS-Dialog 2000 „Hilfeplanung“**

Diejenigen, um deren Lebensumstände es geht, sollen in einer partizipativ verstandenen Hilfeplanung mitsprechen und mitentscheiden können. Doch kaum eine Klientin beziehungsweise ein Klient kennt die Spielregeln des Hilfesystems. Wird im komplexen Prozess des Hilfeplanverfahrens Beteiligung tatsächlich realisiert oder eher inszeniert?

#### **SOS-Dialog 2001 „Jung und chancenlos?“**

Teilhaben können gilt als der entscheidende Faktor sozialer Integration. Anlass zur Sorge gibt, dass Teilhabechancen für junge Menschen am Arbeitsmarkt stetig abnehmen. Insbesondere für benachteiligte Jugendliche wird der Zugang zu einer qualifizierten Ausbildung und gesicherten beruflichen Tätigkeiten immer schwieriger. Sie benötigen ganzheitliche Ansätze sozialer und beruflicher Förderung, die sie nicht nur an ein Tätigkeitsfeld heranführen, sondern ihnen Fähigkeiten zur Lebensbewältigung generell vermitteln.

#### **SPI-Schriftenreihe/Praxisband 2 „Zurück zu den Eltern?“**

Die systemische Sichtweise rückt die Arbeit mit der gesamten Familie – nicht nur mit dem

auffälligen Kind – ins Zentrum pädagogischen Handelns. Der Band informiert über neue Entwicklungen in der Zusammenarbeit mit den Herkunftsfamilien fremduntergebrachter Kinder und stellt die systemische Familienarbeit in Haus Leuchtturm, einer heilpädagogischen Kinderwohngruppe mit Sozialtherapie im SOS-Kinderdorf Ammersee vor. Hier wird nach einem Konzept gearbeitet, das Hilfe für Familie und Kind aus einer Hand anbietet. Wenn möglich, soll die Rückführung des Kindes in die Herkunftsfamilie erreicht werden.

#### **SPI-Schriftenreihe/Autorenband 5 „Jugendämter zwischen Hilfe und Kontrolle“**

Der Grat zwischen kontrollierendem und unterstützendem Handeln in der Jugendhilfe ist schmal. Immer öfter stehen Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter vor Gericht und müssen sich gegen die Vorwürfe verteidigen, sie hätten nicht zum Wohl und zum Schutz des Kindes gehandelt, hätten Missstände übersehen oder falsch bewertet und sich der unterlassenen Hilfeleistung schuldig gemacht. Wie aber verträgt sich ein Dienstleistungsverständnis mit dem Auftrag, das Wohl des Kindes vor Gefährdungen jeder Art zu schützen, wenn es sein muss auch durch massive Kontrolle und Eingriffe in das Elternrecht?

## NEUES AUS DEM INTERNET

### BRD

-  **Arbeitsgemeinschaft "Bevölkerungsmedizin und biomedizinische Grundlagen":**  
<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2>
-  **Berufsverband Deutscher Psychologen Sektion Gesundheitspsychologie :**  
<http://www.gesundheit-psychologie.de/gusbdp/gesundheitspsychologie/>
-  **Betriebskrankenkassen (Dr. Alfons Schröder)**  
<http://www.bkk-team-gesundheit.de>
-  **Bundesvereinigung für Gesundheit e.V.:**  
<http://www.bfge.de>
-  **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:**  
<http://www.bzga.de>
-  **Department of Public Health Medicine School of Public Health, University of Bielefeld**  
<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag2>
-  **European Master in Health Promotion (Magdeburg; Germany)**  
[www.sgw.hs-magdeburg.de/eumaph](http://www.sgw.hs-magdeburg.de/eumaph)
-  **German Network for Mental Health**  
[www.gnmh.de](http://www.gnmh.de)
-  **Gesellschaft für Gemeindepsychologische Forschung und Praxis (GGFP): (German Society for Research and Action in Community Psychology)**  
<http://www.ggfp.de>
-  **Gesunde Städte: (Healthy Cities mit Links in BRD)**  
<http://www.gesunde-staedte.de>
-  **Gesundheitsakademie:**  
<http://www.gesundheits.de>
-  **Gesundheitspsychologie (Health Psychology; mit Linksammlung):**  
<http://www.gesundheit-psychologie.de>
-  **Fachgruppe Gesundheitspsychologie:**  
<http://www.userpage.fu-berlin.de/~gesuspsy/>
-  **Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung:**  
<http://www.hage.de>
-  **Informationsvermittlungsstelle Gesundheitswesen:**

<http://www.tu-berlin.de/~ph-doc/infost.htm>

-  **Kath. Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung Bonn e.V.**  
<http://www.beratung-aktuell.de/prophylaxe.html>
-  **Kompetenznetzwerk Depression/Suizid:**  
<http://www.kompetenznetz-depression.de>  
<http://www.buendnis-depression.de>  
[http://www.kompetenznetz-depression.de/kompetenznetz/kompetenznetz\\_index.htm](http://www.kompetenznetz-depression.de/kompetenznetz/kompetenznetz_index.htm)
-  **Kompetenznetzwerk Schizophrenie (Früherkennung)**  
<http://www.fetz.org>  
<http://www.kompetenznetz-schizophrenie.de/>
-  **Public Health Forschungsverbund:**  
<http://www.med.uni-muenchen.de/mfv/>
-  **Sachverständigenrat:**  
<http://www.epi.mh-hannover.de/praev150500.htm>
-  **Sektion Medizinische Soziologie Universität Halle**  
<http://www.medizin.uni-halle.de/med.soz/index.htm>
-  **Suizidprophylaxe:**  
<http://www.suizidprophylaxe.de/Einrichtungen/einrichtungen.htm>

---

### Canada

-  **Canadian Health Network:**  
<http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/mhp/index.html>
-  **International Network for Mental Health Promotion:**  
[http://www.mhpconnect.com/index\\_e.html](http://www.mhpconnect.com/index_e.html)

---

### EU

-  **Präventionsnetz EU (PREVNET EURO; Bereich Drogen)**  
<http://www.prevnet.net/>
  -  **European Health Psychology Society:**  
<http://www.ehps.net>
  -  **European Community Psychology Network**  
<http://userpage.fu-berlin.de/~cpbergol>
-

## Finnland

- 📄 **STAKES: Informationen zu diversen Präventionsthemen (Jugend, Alte, Drogenprävention, allgemeine Strategien, Public Health & Mental Health Promotion)**

<http://www.stakes.fi/english/index.html>  
<http://www.stakes.fi/mentalhealth/index.html>  
<http://www.stakes.fi/mentalhealth/inform.htm>  
<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/public2.pdf>  
<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/PHaction%20framework.pdf>  
<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/mu161.pdf>  
[http://www.stakes.fi/mentalhealth/pdf/STAKES\\_Key\\_Concepts6.pdf](http://www.stakes.fi/mentalhealth/pdf/STAKES_Key_Concepts6.pdf)  
[http://www.stakes.fi/mentalhealth/pdf/selv01\\_3.pdf](http://www.stakes.fi/mentalhealth/pdf/selv01_3.pdf)  
<http://www.stakes.fi/mentalhealth/pdf/Seminar%20report.pdf>  
<http://www.stakes.fi/mentalhealth/MentalEU.htm>

---

## Holland

- 📄 **Clifford Beers Foundation**  
<http://www.charity.demon.co.uk/home.htm>

---

## UK

- 📄 **Our Healthier Nation: (enthält Plan der Regierung auch zu Mental Health)**  
<http://www.ohn.gov.uk/ohn/ohn.htm>

---

## USA

- 📄 **Carter Center:**  
<http://www.cartercenter.com/mentalhealth.html>
- 📄 **Health Psychology Division of the American Psychological Association (APA):**  
<http://www.freud.apa.org/divisions/div38/>
- 📄 **National Institute of Mental Health: Priorities for Prevention Research at NIMH**  
<http://www.nimh.nih.gov/research/priorrpt/index.htm>  
<http://web.health.gov/healthypeople/>
- 📄 **Prevention Science & Methodology Group:**  
<http://yates.coph.usf.edu/research/psmg/index.html>

- 📄 **Society for Community Research and Action (Gemeindepsychologen)**  
<http://www.apa.org/divisions/div27>

- 📄 **U.S. Public Health Service: Youth Violence: A Report of the Surgeon General**  
<http://www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence/>

---

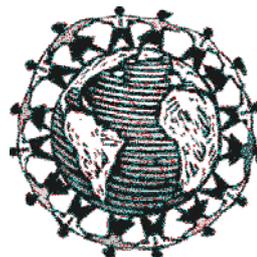
## WHO

- 📄 **World Health Organization**  
<http://www.who.int>
- 📄 **Arbeit und psychische Gesundheit:**  
[http://www.who.int/mental\\_health/PDFdocuments/who-ilo-msd-mps-00-2.pdf](http://www.who.int/mental_health/PDFdocuments/who-ilo-msd-mps-00-2.pdf)
- 📄 **Frauen und psychische Gesundheit:**  
[http://www.who.int/mental\\_health/PDFdocuments/WHO\\_MSA\\_NAM\\_97.4.pdf](http://www.who.int/mental_health/PDFdocuments/WHO_MSA_NAM_97.4.pdf)
- 📄 **Politikberatung:**  
[http://www.who.int/mental\\_health/PDFdocuments/who\\_msa\\_nam\\_97.5.pdf](http://www.who.int/mental_health/PDFdocuments/who_msa_nam_97.5.pdf)
- 📄 **Schizophrenie:**  
[http://www.who.int/mental\\_health/PDFdocuments/who\\_msa\\_nam97.6.pdf](http://www.who.int/mental_health/PDFdocuments/who_msa_nam97.6.pdf)
- 📄 **WHO-Regionalbüro Europa:**  
<http://www.who.dk>
- 📄 **World Mental Health Day:**  
<http://www.who.int/world-health-day/>

---

## Andere Internationale Verbände

- 📄 **The World Federation for Mental Health:**  
<http://www.wfmh.com>
- 📄 **UN: Arbeit und psychische Gesundheit (Bibliographie)**  
<http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/targets/disability/papers/germanpart2/germanbibliography31.htm>
- 📄 **Zu weiteren internationalen Links**  
<http://www.hpforum.org.nz/links.htm>  
<http://www.wfmh.com/links.html>



# ABSTRACTS AUS GEMEINDEPSYCHOLOGISCH ORIENTIERTEN ZEITSCHRIFTEN

## American Journal of Community Psychology

**Jason, L.A., Taylor, R.R., Plioplys, S., Stepanek, Z., Shlaes, J. (2002).** Evaluating attributions for an illness based upon the name: Chronic fatigue syndrome, myalgic encephalopathy and Florence Nightingale disease. *American Journal of Community Psychology*. 2002 Feb; Vol 30(1): 133-148.

In recent years, considerable discussion has occurred about stigma surrounding the name given to an illness currently known as chronic fatigue syndrome (CFS). Although patients and medical personnel have expressed varying opinions on this issue, no studies have evaluated how beliefs about the illness change based upon the type of name used for diagnostic purposes. Proposals have been put forth to rename the illness with an eponym (a famous patient's or researcher's name) or with a less trivial sounding, more medically based type of name. In this study, attributions about CFS were measured in 3 groups of medical trainees (aged 20-49 yrs old). All groups read the same case study of a person with classic symptoms of chronic fatigue syndrome, with the only difference being in the type of name given. Trainees then were asked to provide attributions about certain aspects of the illness, including its cause, severity, and prognosis. Results suggested that, across name conditions, most trainees appeared to consider the symptom complex of CFS a serious illness resulting in poor quality of life. In addition, findings indicated that the name, chronic fatigue syndrome, may be regarded less seriously than the Myalgic Encephalopathy name with respect to some important aspects of the illness.

**Bybee, D.I., Sullivan, C.M. (2002).** The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *American Journal of Community Psychology*. 2002 Feb; Vol 30(1): 103-132.

A prior experimental evaluation of a community-based advocacy program for women with abusive partners demonstrated positive change in the lives of women even 2 years postintervention (C. M. Sullivan and D. I. Bybee, 1999). The current study explored the complex mediational process through which this change occurred, using longitudinal structural equation modeling and formal tests of mediation. As hypothesized, the advocacy intervention first resulted in women successfully obtaining desired community resources and increasing their social support, which enhanced their overall quality of life. This improvement in well-being appeared to serve as a protective factor from subsequent abuse, as women who received the intervention were significantly less likely to be abused at 2-year follow-up compared with women in the control condition. Increased quality of life completely mediated the impact of the advocacy intervention on later reabuse. Discussion places advocacy for women in the context of other efforts that are needed to build an effective

community response to preventing intimate violence against women.

**Fetterman, D.M. (2002).** Empowerment evaluation: Building communities of practice and a culture of learning. *American Journal of Community Psychology*. 2002 Feb; Vol 30(1): 89-102.

Empowerment evaluation is the use of evaluation concepts, techniques, and findings to foster improvement and self-determination. Program participants-including clients-conduct their own evaluations: an outside evaluator often serves as a coach or additional facilitator depending on internal program capabilities. Empowerment evaluation has 3 steps: (1) establishing a mission; (2) taking stock; and (3) planning for the future. These 3 steps build capacity. They also build a sense of community, often referred to as communities of practice. Empowerment evaluation also helps to create a culture of learning and evaluation within an organization or community.

**Moos, R.H. (2002).** The mystery of human context and coping: An unraveling of clues. *American Journal of Community Psychology*. 2002 Feb; Vol 30(1): 67-88.

Community and clinical psychology share a fundamental focus: to understand the interplay between human contexts, coping, and adaptation. To highlight recent progress in this area, I offer a guiding conceptual framework and discuss 8 propositions about them.

**Kelly, J.G. (2002). The spirit of community psychology. *American Journal of Community Psychology*. 2002 Feb; Vol 30(1): 43-63.**

Community psychology as a field may have lost some of its original spirit; a spirit dominant at the founding of the field. Spirit is a difficult concept to discuss since it is a concept beyond usual discourse in psychology as a denotative, measurable and verifiable concept. Taking the lead from William James, Spirit, however elusive, is most essential to a sense of self. The author offers 3 suggestions to enhance and to make our individual and collective spirit more vital: (1) Continuing education in the history of community psychology; (2) Creating time to share stories about our work; (3) Creating safe settings to enlarge our spirit. These ideas are offered as pragmatic suggestions to enable us to create more coherence between our personal and professional selves. (PsycINFO Database Record (c) 2002 APA, all rights reserved)

**Weinstein, R.S. (2002). Overcoming inequality in schooling: A call to action for community psychology. *American Journal of Community Psychology*. 2002 Feb; Vol 30(1): 21-42.**

Community psychology, indeed psychology as a discipline, has been largely absent from the table of school reform. Schools are critical socializing forces in society and serve as the one institution through which the full diversity of our child population passes. At the start of the 21st century, despite successive waves of legislation, the goals of the civil rights struggle for equality in educational opportunity have yet to be achieved. Negative self-fulfilling prophecies, reflected at individual, interpersonal, institutional, and societal levels, play a critical role in creating and perpetuating unequal opportunities to learn. Such effects as well as pathways for preventive intervention are best understood through ecological lenses. Our field must commit a greater share of resources to collaborative and systemic change for a broader learning so that all children, regardless of their differences, have continuing and nonstigmatized opportunities to develop into competent adults.

**Reppucci, N.D., Madison-Boyd, S.M., Seidman, E. . (2002). The 2001 Society for Community Research and Action Award for Distinguished Contributions to Theory and Research in Community Psychology: Rhona S. Weinstein. *American-Journal-of-Community-Psychology*. 2002 Feb; Vol 30(1): 13-19.**

This address highlights the work of Rhona S. Weinstein. In particular, the authors highlight her work on reading group assignments and the abilities of first grade children; her contributions to the literature regarding a school-based, collaborative intervention model; the ecology of the classroom; and personal reflections of from students and colleagues.

**Cherniss, C. (2002). Emotional intelligence and the good community. *American Journal of Community Psychology*. 2002 Feb; Vol 30(1): 1-11.**

Suggests various ways in which the concept of emotional intelligence (EI) can inform community research and action. Begins by defining EI and reviewing the growing body of research on its contribution to educational, health, and occupational outcomes. Next, the article distinguishes between EI and the related concept of emotional and social competence. Then, it considers the

connection between EI and several topics of interest to community action researchers including prevention and wellness promotion, implementation and dissemination of innovative programs, community development, and the value of diversity. This article concludes by suggesting that the ecological perspective can help inform research and practice relating to EI.

**Coulton, C.J., Korbin, J., Chan, T., Su, M. (2001). Mapping residents' perceptions of neighborhood boundaries: A methodological note. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Apr; Vol 29(2): 371-383.**

Neighborhood influences on children and youth are the subjects of increasing numbers of studies, but there is concern that these investigations may be biased, because they typically rely on census-based units as proxies for neighborhoods. This pilot study tested several methods of defining neighborhood units based on maps drawn by residents, and compared the results with census definitions of neighborhoods. When residents' maps were used to create neighborhood boundary definitions, the resulting units covered different space and produced different social indicator values than did census-defined units. Residents' agreement about their neighborhoods' boundaries differed among the neighborhoods studied. This pilot study suggests that discrepancies between researcher and resident-defined neighborhoods are a possible source of bias in studies of neighborhood effects.

**Kalil, A., Born, C.E., Kunz, J., Caudill, P.J. (2001). Life stressors, social support, and depressive symptoms among first-time welfare recipients. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Apr; Vol 29(2): 355-369.**

This paper examines the associations among stressful life events, social support, and depressive symptoms in a sample of 580 female first-time welfare recipients (average age 23.8 yrs). Self-reported number of depressive symptoms was greater than in corresponding community samples. Stressors and social supports made independent main effect contributions to depressive symptoms in a multiple regression analysis. Women with transportation barriers to employment, those experiencing greater numbers of stressful life events, and those who were less satisfied with their housing situation reported greater numbers of depressive symptoms. In contrast, women who were more satisfied with their social support and those with higher attendance at religious services reported fewer depressive symptoms. Implications for welfare reform policy and programs are discussed.

**Miller, A.B., Keys, Ch.B. (2001). Understanding dignity in the lives of homeless persons. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Apr; Vol 29(2): 331-354.**

The current investigation is a planned, systematic study of dignity as critical to understanding the experience of homelessness and improving services and programs for the homeless. Specifically, we conducted a thematic content analysis of interviews with 24 homeless men and women (aged 29-52 yrs) to identify their perception of specific environmental events that validate and invalidate dignity. In addition, we explored the impact that these events have on homeless persons. Eight types of events were identified that sustain dignity such as being cared

for by staff and having resources available to meet basic needs. Eight types of events were found that undermine dignity, such as being yelled at or insulted by staff persons and having staff use rules in an excessive and arbitrary way. Two outcomes followed the sustenance of dignity including increased self-worth and motivation to exit homelessness. Three outcomes followed the undermining of dignity including anger, depression, and feelings of worthlessness. The results suggest that dignity is an important variable to consider in understanding the experience of homelessness. Policies and programs that support validating the dignity of homeless persons are encouraged.

**Rosario, M., Hunter, J., Maguen, S., Gwadz, M., Smith, R. (2001). The coming-out process and its adaptational and health-related associations among gay, lesbian, and bisexual youths: Stipulation and exploration of a model. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Feb; Vol 29(1): 113-160.**

A model is proposed and explored that links the coming-out process to the psychological functioning and sexual behaviors of 80 gay, lesbian, and bisexual 14-21 yr olds recruited from gay-focused community-based and college organizations. Ss participated in structured interviews and completed measures that investigated the coming out process, self-esteem, distress, sexual episodes and unprotected sexual activity, and social desirability. Results indicated that the coming-out dimensions were related to self-esteem, distress, and unprotected sexual behaviors. In addition, the relations between the coming-out dimensions and unprotected sexual behaviors were explained by psychological functioning. In particular, limited involvement in gay/lesbian activities was associated with more unprotected sex. Negative attitudes toward homosexuality were related directly to more unprotected sex, and they were related indirectly to more unprotected sex by means of increasing emotional distress. It is stated that these and other findings have implications for designing preventive interventions to increase the youths' psychological functioning and reduce their unprotected sexual behaviors.

**Solomon, M., Pistrang, N., Barker, Ch. (2001). The benefits of mutual support groups for parents of children with disabilities. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Feb; Vol 29(1): 113-132.**

Examined what parents of children with disabilities and special needs found helpful about belonging to mutual support groups. 56 27-58 yr old Ss completed questionnaires and participated in focus group discussion exploring their experiences of belonging to their mutual support group. Quantitative data indicates that Ss found the groups very helpful and were very satisfied with the support they received from their groups. Ss also described the groups as high in cohesion, expressiveness, task orientation, and self-discovery. A grounded theory analysis of focus group data (based on 43 parents from 5 of the 6 groups) indicated that such support was helpful in 3 broad domains: (1) the sociopolitical, which involved developing a sense of control and agency in the outside world; (2) the interpersonal, which involved a sense of belonging to a community; and (3) the intraindividual, which involved self change. A central theme of identity change emerged as superordinate to these 3 categories.

**McCurdy, K. (2001). Can home visitation enhance maternal social support? *American Journal of Community Psychology*. 2001 Feb; Vol 29(1): 97-112.**

Investigated the impacts of Healthy Start, a statewide, home visitation program, on the social support systems of 212 disadvantaged mothers (mean age 23.2 yrs) in Oahu, Hawaii. Maternal support was assessed at the time these mothers gave birth and 12 mo later with the Maternal Social Support Index. Comparisons of Ss randomly assigned to visited or nonvisited conditions uncovered few differences on structural or affiliational aspects of support after 12 mo. It was found that visited Ss, however, were significantly less likely to report a decline in satisfaction with a close adult than nonvisited mothers do. The discussion examines the challenges of fostering social support and the ability of home visitation efforts to achieve this outcome.

**Riger, S. (2001). Transforming community psychology. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Feb; Vol 29(1): 69-81.**

Notes that community psychology has made great strides in including context when understanding people in their environments. 3 principles are to further expand the conceptualization of the individual in community settings: (1) focus research on people, not programs; (2) consider multiple dimensions of people's experience; and (3) conceptualize people as agentic and not simply as reactors to the environmental press. The author illustrates these principles with research on domestic violence and welfare reform. In doing so, attention is called both to the way in which aspects of people's lives intersect with community settings, and to the embeddedness of people's lives (and community settings) in larger social structures.

**Sandler, I. (2001). Quality and ecology of adversity as common mechanisms of risk and resilience. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Feb; Vol 29(1): 19-61.**

Proposes common mechanisms to explain the effects of adversities and of resources that promote resilience in children. The thesis of this paper is that understanding the mechanisms of risk, resilience, and intervention requires an understanding of the nature of adversity per se. The issue of what is adverse about adverse conditions is addressed and the author proposes that adverse conditions be characterized in terms of their quality and ecology. It is then asserted that the same characteristics are involved in resilience; that resilience operates through changing the quality and ecology of adverse conditions. Finally, it is proposed that successful interventions operate by changing the quality and ecology of children's exposure to adverse conditions. Before addressing these theoretical questions the author places this issue of adversity in public health perspective. In conclusion, implications are presented for the development of interventions to promote resilience.

**Solarz, A.L. (2001). Investing in children, families, and communities: Challenges for an interdivisional public policy collaboration. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Feb; Vol 29(1): 1-14.**

An interdivisional collaboration to foster the development of strengths-based policies for children, youth, families, and communities is described. The initiative includes (1) producing a book that integrates scholarly

research and policy; (2) developing materials for policymakers to use, including a policy-oriented summary of the book; (3) enhancing the capacities of the divisions to communicate with and influence policymakers; and (4) taking action steps to influence policymakers. During the process of developing these products, a number of tensions emerged between the academically-based and policy-based authors of the book, many of which centered around how the information should be presented and, in particular, how to formulate and present policy recommendations. Tensions fell into four general categories: understanding the appropriate scope for recommendations, using the right language, understanding the kind of information that is needed, and understanding the bottom line. The author concludes by urging psychologists to become adept at understanding and participating in the public policymaking process.

**Miller, R.L. (2001). Innovation in HIV prevention: Organizational and intervention characteristics affecting program adoption. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Aug; Vol 29(4): 621-647.**

A multiple case study design was used to explore the organizational characteristics of community-based organizations that provide HIV prevention programs and the criteria these organizations employ when judging the merits of externally-developed HIV prevention programs. In-depth interviews were conducted with organizational representatives of 38 randomly-selected HIV prevention providers throughout Illinois. Results indicated that there were 3 main types of adopting organizations: adopters of entire programs, adopters of program components and practices, and adopters of common ideas. These 3 types of organizations were distinguished by their level of organizational commitment to HIV prevention, organizational resources, and level of organizational maturity. Narrative data from the interviews are used to describe the dimensions that underlie the organizations' program adoption criteria. The criteria of merit used by these organizations to evaluate prevention programs provide partial empirical support for existing theories of technology transfer. Implications for designing and disseminating HIV prevention programs are discussed.

**Jordan, L.C., Bogat, G.A., Smith, G. (2001). Collaborating for social change: The Black psychologist and the Black community. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Aug; Vol 29(4): 599-620.**

Several prominent Black scholars have argued that the predicament of Black intellectuals is inseparable from that of Black communities, and that Black psychologists should be at the forefront in developing culturally relevant psychological interventions. Yet, for Black psychologists there are a number of challenges to conducting successful interventions in Black communities, including historical abuses of Black communities by the 'helping' professions and divergences in values, goals, and behaviors of professionals as compared to community members. In order for community psychologists to design interventions that are respectful of the cultural traditions and norms of Black communities, these obstacles to collaboration need to be addressed. This paper outlines some of the challenges faced by Black community psychologists, as well as the unique strengths they can mobilize when collaborating on research and interventions in Black communities. The paper also addresses methods of

empowering Black communities and improving the training of community psychologists.

**Larson, R.W., Richards, M.H., Sims, B., Dworkin, J. (2001). How urban African American young adolescents spend their time: Time budgets for locations, activities, and companionship. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Aug; Vol 29(4): 565-597.**

The time budgets of a population of youth provide important information about their daily experience and socialization. This study reports data on the time budgets of a sample of 253 urban African American poor to working and middle-class 5th-8th graders in Chicago. These youth were found to spend less time in school than other post-industrial adolescent populations, but spent no less time doing homework than White suburban US young adolescents. They spent large quantities of time at home and with their families at rates comparable to rates for young adolescents in a society with collectivist values like India. Unlike with other populations, early adolescence was not associated with major age changes in time allocations. Amount of time in schoolwork did not differ by grade, and amount of time with family did not show the decline with age that has been found for European American suburban adolescents.

**Mankowski, E.S., Humphreys, K., Moos, R.H. (2001). Individual and contextual predictors of involvement in twelve-step self-help groups after substance abuse treatment. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Aug; Vol 29(4): 537-563.**

Drawing on ecological and narrative theories of self-help groups, this study tests a multilevel model predicting self-help group involvement among males who received inpatient substance abuse treatment. Following K. Matton (1993), the study moves beyond the individual level of analysis to encompass variables in the treatment and post-treatment social ecology. Surveys administered to 3,018 patients (mean age 43 yrs old) and 329 treatment staff (mean age 46.8 yrs old) assessed these predictor domains and self-help group involvement 1 year after discharge. A hierarchical linear model fit to the data indicates that greater involvement in 12-step groups after discharge is predicted by the compatibility between personal and treatment belief systems. The implications of these findings for efforts to facilitate transitions between inpatient professional treatment community-based self-help groups are discussed.

**Snowden, L.R. (2001). Social embeddedness and psychological well-being among African-Americans and Whites. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Aug; Vol 29(4): 519-536.**

Using data from the National Medical Expenditure Survey, a household survey of more than 18,000 respondents, this study examined racial and gender differences in social embeddedness, an indicator of community well-being and social support in a sample of American adults. The study hypothesized that higher levels of social embeddedness would be found among African Americans than among Whites and that the association between social embeddedness and psychological well-being would be stronger among African Americans than among Whites. African American men reported themselves more socially embedded overall than White men and, in one instance, their social involvement was especially impor-

tant in predicting psychological well-being. African American women were more likely than White women to report attending meetings of churches and community groups, but otherwise were less socially involved than White women. There was no evidence of a difference between African American and White women in strength of the connection between social embeddedness and psychological well-being. African American social involvement is more selective than previously believed and generalizations must be qualified on the basis of gender.

**St-Lawrence, J.S., Wilson, T.E., Eldridge, G.D., Brasfield, T.L., O'Bannon, R.E. III. (2001). Community-based interventions to reduce low income, African American women's risk of sexually transmitted diseases: A randomized controlled trial of three theoretical models. *American Journal of Community Psychology*. 2001 Dec; Vol 29(6): 937-964.**

445 disadvantaged African American women participated in 1 of 3 interventions to reduce risk of sexually transmitted diseases based on the theory of gender and power, social learning theory, or cognitive behavioral theory.

Intervention outcomes were compared with a waiting list control condition. From baseline to postintervention, women in the interventions showed differential change on cognitive indices (knowledge and attitudes) and skill acquisition (partner negotiation skills, correct condom application, lubricant selection, and information-provision to social networks) whereas controls were unchanged. Intervention Ss also completed follow-up assessments for 1 yr postintervention. In all 3 interventions, condom use increased relative to controls and there were no differences between interventions. Ss in 1 of the theoretically grounded interventions continued to increase condom use over the following year. Women entering new relationships reported significantly more condom use than those in ongoing relationships. Findings suggest that intervention models that have proven effective for women who engage in high-risk behavior may be less effective for women in established relationships for whom risk is primarily derived from partner's extrarelationship behavior.

## International Journal of Mental Health

**Martens, W.H.J. (2001, 2002). Homelessness and mental disorders: A comparative review of populations in various countries. *International Journal of Mental Health*. 2001-2002 Win; Vol 30(4): 79-96.**

Many homeless people suffer from mental illnesses such as depression, schizophrenia, substance abuse, psychotic disorders, and personality disorders. The prevalence of those disorders among homeless populations varies from country to country; and the precise cultural, national, psychosocial, and neurobiological determinants of these differences remain unclear. However, trends in mental disorders, homelessness, drug abuse, and crime suggest that Western industrial societies are becoming increasingly harmful to psychological and social well-being.

**Liu, D., Liu, T. (2001, 2002) Development of a computerized information-management system for community health patients. *International Journal of Mental Health*. 2001-2002 Win; Vol 30(4): 69-78.**

In recent years, thanks to rapid social and economic development, lifestyle and work pace have changed in China; and society is becoming more aware of mental aberrations and disorders among the general population. The overall rate of mental illness is showing an increasing trend, the nature of the disorders is becoming more diversified, and they are tending to be more prevalent among the elderly. Community mental health care is gaining in importance in modern China. As indicated at the Fifth International Mental Rehabilitation Conference, a global task facing the twenty-first century is to establish an implement mental health rehabilitation programs for most of the mentally ill so that, after comprehensive rehabilitation, they can return to society and enjoy normal rights and responsibilities. This is also a task for community mental health professionals in China, but poses a great challenge because of the imbalance between increasing social demands and limited resources. As a part of an endeavor to upgrade community mental health services and to establish a community mental health rehabilitation program, a computerized informa-

tion-management system for community mental health patients in China was developed. It is described in this paper.

**Qian, M., Smith, C.W., Chen, Z., Xia, G. (2001, 2002). Psychotherapy in China. *International Journal of Mental Health*. 2001-2002 Win; Vol 30(4): 49-68.**

Although psychotherapy as a distinct area of practice is relatively new in the People's Republic of China, its origins are by no means recent. This paper reviews the origins of psychotherapy in China, the cultural factors that influence its practice, and its current state. It is hoped that this review will spur further development of psychotherapy through an interchange of ideas among scholars and researchers of all cultures.

**Avgoustidis, A.G. (2001, 2002). Cooperation of psychiatry and the church as a deinstitutionalization project. *International Journal of Mental Health*. 2001-2002 Win; Vol 30(4): 42-48.**

During the last fifty years, psychiatry has undergone impressive progress, mainly in its diagnostic and therapeutic capacities. Despite this progress, however, modern psychiatry still faces the insuperable problem of psychiatric asylums, in which thousands of chronically ill patients still survive under more or less inhuman conditions. The photos of totally dehumanized patients, the obvious suffering and wretchedness of those human beings, motivated the Greek Orthodox Church to try to find ways to help them. Despite their strong desire to offer any possible assistance to these patients, Church authorities realized that such an effort required not only charity and goodwill but also knowledge, generous financial support, and a multiform approach.

**Farwell, N., Cole, J.B. (2001, 2002). Community as a context of healing. *International Journal of Mental Health*. 2001-2002 Win; Vol 30(4): 19-41.**

In this paper the authors advocate for a conceptual approach to research and intervention with children ex-

posed to war and political violence that is inclusive of community as a nexus for healing. The clinical concept of posttraumatic stress disorder (PTSD) as the sole organizing framework for research, assessment, and intervention is too narrow for this purpose. Contemporary conflicts target community; thus, the sociopolitical context is a key element in both trauma and recovery. With this in mind, we here discuss the nature of trauma and conceptual approaches for incorporating "community" as context and outcome in healing. Finally, essential elements of community mobilization and two examples of interventions exemplifying recovery and reintegration within the context of community are presented.

**Behnia, B. (2001, 2002). Friends and caring professionals as important support for survivors of war and torture. *International Journal of Mental Health*. 2001-2002 Win; Vol 30(4): 3-18.**

Research indicates that strong support systems exert a powerful influence on refugees' well-being and adjustment to a new society. They provide refugees with information, advice, practical help, and emotional support. Despite growing awareness of the importance of support networks, very little is known about the use of such resources by survivors of war and torture. To enhance the successful adjustment of refugee populations, it is important to know to whom refugees turn in times of need. Why do refugees look to certain people and institutions for assistance, and what are the functions and roles of support resources? Based on the results of a study on the help-seeking experiences and support networks of survivors of war and torture in Ottawa, this paper examines the influence of two support systems—friends and service providers—on refugees' adjustment to a new society.

**Brandt, P. (2001). Homelessness and mental illness in Denmark: Focus on "street dwellers". *International Journal of Mental Health*. 2001 Fal; Vol 30(3): 84-92.**

Discusses changes in the patterns of homelessness in Denmark and initiatives for the homeless mentally ill. A social-psychiatric, street-level, outreach project is presented in which teams of professionals concentrate their efforts on establishing contact with street-dwellers who have mental health problems and attempt to develop activities directed toward mentally ill homeless people who stay in shelters. Ethical and legal considerations are of such initiatives are discussed. It is argued that the development of street-level projects will go some way toward addressing the complex needs of this group, but a change in attitude is also required in relation to the kinds of treatment and social initiatives that ought to be developed in the future. For example, they might include providing a form of housing in which alcohol/substance abuse is not considered grounds for eviction, or social initiatives whose primary goal is not resocialization, but rather appropriate and continuing health and social care and ongoing contact.

**Halldin, J., Ekloef, L., Lundberg, Ch., Ahs, S. (2001). Mental health problems among homeless people in Sweden: Focus on Stockholm. *International Journal of Mental Health*. 2001 Fal; Vol 30(3): 74-83.**

Provides background information on the prevalence of homelessness and the restructuring of psychiatric care in Sweden. It is argued that factors such as restructuring and cutbacks in health care without the introduction of alter-

native forms of care contributed significantly to an increase in the number of homeless people with serious mental disorders in Stockholm. The author presents the activities of 2 mobile outreach teams for the homeless in Stockholm—1 general psychiatric team and 1 working from a local addiction center. The author suggests that the approach adopted by the mobile teams be implemented in the long run into mainstream health-care together with a complementary specialist unit, such as an open care or basic resource center to which homeless people can feel free to turn and be met on their own terms.

**Becker, H., Kunstmann, W. (2001). The homeless mentally ill in Germany. *International Journal of Mental Health*. 2001 Fal; Vol 30(3): 57-73.**

Provides: (1) brief information on the social and economic background of homelessness in Germany; (2) a summary of existing research on homelessness and mental health; and (3) a discussion of health-care approaches and further development of health services for mentally ill homeless people. The authors note that there is no evidence that deinstitutionalization was a major factor leading to the increase in homelessness in Germany, but the extent to which established psychiatric outpatient services are providing sufficient support for their clientele is debated. It is argued that the problems of homeless people can be overcome only by a functional network of different, responsible, and accountable services.

**McGilloway, S., Donnelly, M. (2001). Service needs of the homeless mentally ill in Belfast. *International Journal of Mental Health*. 2001 Fal; Vol 30(3): 50-56.**

In the first part of the present study (see record 2002-10050-003), it was reported that 41% of single homeless adults in Belfast had a mental health problem. Here the authors describe part 2 of the study which was undertaken to assess the health, social care, and accommodation needs of 164 residents (aged 16 yrs and over) with mental health problems, with a view to estimating and planning future service requirements. Results show that mental health services were among the 10 services considered to be most commonly needed by residents. Only 44% of residents were receiving one or more mental health services. High levels of unmet need were also recorded for social activities and day-care provision. 47% of residents were found to require supportive accommodation. The authors conclude that although future research is needed to inform the systematic planning and implementation of services for homeless people with mental health problems, health and social services planners and providers should, in the meantime, be prepared to take risks in order to devise an innovative, effective, and nonstigmatizing service response for this doubly disadvantaged group of people.

**McGilloway, S., Donnelly, M. (2001). Prevalence and nature of mental health problems among single, homeless people in Belfast, Northern Ireland. *International Journal of Mental Health*. 2001 Fal; Vol 30(3): 40-49.**

Aimed to assess the prevalence and nature of mental health problems among homeless adults (aged 16 yrs and over) living alone in all of the hostels and a small group of Bed and Breakfast (B&B) houses in Belfast. The study was designed to: (1) assess the level of functioning and

dependency of residents with mental ill health (as a proxy for major mental disability); (2) detect self-reported mental morbidity; and (3) identify levels of alcohol dependency and substance abuse. A total of 401 "single homeless" people were studied; 41% were identified as having a mental health problem. 59% of Ss in this target group had an institutional history. Almost 25% of residents had high deviant behavior scores. Mean general behavior scores indicated that, overall, the group was comparable with the worst 15% of patients in an average day hospital, although half were rated as having sufficient skills to "survive" in the community with minimal or no formal support. Over half of residents were judged to have alcohol-related problems. The authors conclude that the comparatively high incidence of problem drinking, and to a lesser extent, drug misuse reported and the self-reported mental morbidity experienced by many residents raises questions about the ability of untrained hostel workers to deal with people who require specialist supervision and support.

**Kovess, V., Lazarus, C.M. (2001). Use of mental health services by homeless people in Paris. *International Journal of Mental Health*. 2001 Fal; Vol 30(3): 26-39.**

Describes a study of 900 homeless people in Paris, designed to address the lack of data on prevalence of mental illness and attendant concerns about the adequacy of the mental health system. Participants were interviewed on sociodemographic background, history of homelessness, use of social services, physical health problems, and mental health problems. Results show that the Paris health system appears to function well for some groups, but not for others. The number of homeless people is difficult to estimate, but a figure of 8,000 has been proposed. It is estimated that 6% have delusional disorders, and 71% of those have contact with health services. Whereas most people with substance abuse disorders appear to be in contact with health services, only 53% of those with depression had seen a health professional. The data highlight the number of patients who leave the hospital and become homeless. It is argued that contact with the health system does not ensure adequate follow-up.

**Vazquez, C., Munoz, M. (2001). Homelessness, mental health, and stressful life events: The Madrid experience. *International Journal of Mental Health*. 2001 Fal; Vol 30(3): 6-25.**

Argues that the investigation of homelessness in Spain and throughout all of Europe involves two specific challenges: (1) that a prepared, official definition of homeless is not at the disposal of researchers, and (2) that few well-controlled studies exist to contribute to the knowledge base in this area. It is maintained that these obstacles are being slowly overcome through sociological and psychosocial studies that provide significant information on homelessness through the systematic gathering of data. In the present article, the authors synthesize the main data on this topic available in Spain, first, by presenting preliminary results of a project investigating the sociodemographic characteristics of the homeless in Madrid and, second, by examining the complex relationships among homelessness, mental health, and stressful life events. The data are directly related to homeless people in the city of Madrid, but this information is

compared with results from studies in other European and North American cities.

**Bridgman, R. (2001). A safe haven for chronically homeless women: A model program in Toronto. *International Journal of Mental Health*. 2001 Sum; Vol 30(2): 79-89.**

This case study of an innovative pilot project for chronically homeless women in Toronto, Canada, contributes to our knowledge about how homeless women survive life on the streets and about the everyday practices that front-line staff employ in work with such women. The findings further our understanding of the multiple, subtle, and shifting levels of distrust involved in work with chronically homeless mentally ill women. The research addresses clearly the mandate of the city of Toronto to approach the problem of homelessness on several fronts, including the development of self-help, client driven initiatives and alternative pilot projects. Moreover, it acknowledges that the homeless mentally ill population is consistently one of the most poorly served because of the difficulty in providing appropriate services and their resistance to using traditional services.

**Mardiros, M. (2001). Reconnecting communities through community-based action research. *International Journal of Mental Health*. 2001 Sum; Vol 30(2): 58-78.**

Discusses a community-based action research program designed for Aboriginal people in Australia. A case study of a community-based project is described as well as the research process, identification of the problems, exploration of options, and outcomes are presented. According to the author, community-based action research can assist people traumatized by centuries of oppression. Research that is community based and gives people an active voice in matters of importance to them facilitates the reconnection of individuals and communities to each other and to their culture.

**Mekki-Berrada, A., Bertot, J. (2001). Research on refugees: Means of transmitting suffering and forging social bonds. *International Journal of Mental Health*. 2001 Sum; Vol 30(2): 41-57.**

This article looks at the role research plays in the reiteration or transformation of the breaking of social bonds by organized violence. To gain a better understanding of the dynamics induced by the study, we shall first explain the chief features of the setting in which it is being conducted. We shall then discuss how a study of suffering first affords an opportunity to express suffering and transmit it outside the family circle, and then how it can become a means of reestablishing social bonds and/or evoking the necessity of reestablishing cultural and cosmogonic links. In conclusion, we shall discuss some ethical and methodological issues arising from these observations.

**Kuyumjian, R. (2001). Impending death as a catalyst in reconnection: Case study of a historic artist-survivor. *International Journal of Mental Health*. 2001 Sum; Vol 30(2): 27-40.**

Discusses the life of Komitas (1869-1935), renowned and beloved Armenian ethnomusicologist and composer. According to the author, the conflicts at the core of Komitas's psyche were of a varied nature. He not only suffered from the personal conflicts resulting from his child-

hood losses and his early ignorance of the Armenian language but also from certain "nationalist" conflicts stemming from the linguistic, religious, and cultural oppression inflicted on Armenians by the Ottoman rulers. Komitas had to overcome 2 parallel processes to achieve ego integrity and reconnection before death: normal aging and closing of the life cycle, accepting the approaching death, re-evaluating the past, and accepting the present. His impending death, the inevitable last ring in the life cycle of any person, served as an awakening call, a reality clue, out of his dissociated traumatic state. The dignity of death had the power to move the developmentally arrested artist's narcissistically injured self to a more coherent, integrated self. His familiar style and manner of coping/mourning was restored. Despair was overcome. Integrity was achieved.

**Lemaire, J.M., Despret, V. (2001). Collective post-traumatic disorders, residual resources, and an extensive context of trust: Creating a network in a refugee camp in former Yugoslavia. *International Journal of Mental Health*. 2001 Sum; Vol 30(2): 22-26.**

Discusses a pilot project for network therapy centered on families designed for, and developed in, 2 refugee and displaced persons camps during the war in the former Yugoslavia. This intervention included a dual process of evaluation: a preliminary stage, servicing needs and developing appropriate interventions, and a second stage, based on families' testimony concerning the effects of the intervention and served as a redefinition of the practice. The issue of trust is discussed as a central role and ultimate goal in the therapeutic process between the refugee or displaced person and the therapist.

**Mooren, G.T.M., Kleber, R.J. (2001). The impact of war in Bosnia and Herzegovina: Devastated trust. *International Journal of Mental Health*. 2001 Sum; Vol 30(2): 6-21.**

This article discusses the impact of war in Bosnia and Herzegovina. In particular, the authors discuss the relation between trauma and (dis)trust. Specifically, the issue of trust among the war-stricken people of Bosnia and Herzegovina is the focus of this article. It is hypothesized that war has exerted a clear impact on individual well-being. Next, war has had a clear impact on assigning meaning to life and the surrounding (social) world. Finally, the authors hypothesize that there is a relationship between the occurrence of intrusive memories and avoidance strategies, on the one hand, and trust on the other. Three samples of Bosnian people were used in this study: 366 Bosnian refugees in the Netherlands, 128 citizens of Sarajevo and Zenica, and 1,886 Bosnian clients of a large-scale mental health project in Bosnia-Herzegovina. The findings of this study show that painful, intrusive memories are related to feelings of distrust, lack of optimism, and perceptions of the world as malevolent.

**Bark, N. (2001). Risk factors for schizophrenia and implications for prevention: Conclusion and summary. *International Journal of Mental Health*. 2001 Spr; Vol 30(1): 104-117.**

Reviews research on the study of risk factors for schizophrenia. Risk factors reported in some of the research include relative and attributable risks, intervening factors, and prevention possibilities. Much of the research suggested that prevention will include not only avoidance of

adverse events and environments but also provision of good environments or alteration of life situations, positive training or psychotherapy, and/or supplemental nutrition and medication, the latter including medication designed to alter the effects of specific genes. Further study of this interaction between genes and environment and of its mechanism may lead to some of the most exciting findings of the next few years.

**Wahlberg, K.E., Wynne, L.C. (2001). Possibilities for prevention of schizophrenia: Suggestions from research on genotype-environment interaction. *International Journal of Mental Health*. 2001 Spr; Vol 30(1): 91-103.**

The authors offer an overview of current knowledge about schizophrenia to assess the possibilities of prevention. A genetic contribution to the illness is now accepted, but the fact remains that much about environmental contributions will still be relevant even if current research on genetic linkage is successful. At the stage of tertiary prevention (preventing or delaying relapse), considerable attention has been given to family psychoeducation intended to reduce high expressed emotion (EE) in the family environment. However, there have not been intervention studies evaluating whether reducing family EE during the early phase of a first schizophrenic episode, or during an initial prodromal phase, provides secondary or primary prevention of later illness. Findings from the Finnish Adoptive Family Study showing the importance of genetics \* environment interaction suggest that intervention strategies should be implemented in which greater attention would be given to the possibility of primary and secondary prevention through psychosocial approaches, especially with the family.

**Fearon, P., Cannon, M., Murray, R.M. (2001). A critique of the idea and science of risk-factor research in schizophrenia. *International Journal of Mental Health*. 2001 Spr; Vol 30(1): 82-90.**

This article explores the current difficulties that prevent us from more fully understanding the complex relationships among various risk factors associated with the development and prevalence of schizophrenia and suggests ways in which these difficulties might be overcome in the future. The authors discuss (1) problems with the risk-factor approach in general, (2) problems with the risk-factor approach to schizophrenia, and (3) possible strategies. Some of the possible strategies include studies of "high-risk" groups, first-episode studies, pooling of data, and life-course epidemiology.

**Eaton, W., Harrison, G. (2001). Life chances, life planning, and schizophrenia: A review and interpretation of research on social deprivation. *International Journal of Mental Health*. 2001 Spr; Vol 30(1): 58-81.**

The first bit of epidemiologic data on schizophrenia was noted by E. Kraepelin (1919) and embodied in his choice of a name for the syndrome: dementia praecox, or adolescent-onset schizophrenia. Yet, after more than a century, we do not have a cogent explanation for this characteristic of the disorder. The second, most consistent, epidemiologic finding with respect to schizophrenia is that it is associated with lower SES. In this article, the authors propose a psychological mechanism for these 2 findings that connects traditional sociological concepts of social structure with recent neuropsychological observa-

tions about brain function and schizophrenia. Studies on the incidence of schizophrenia and indicators of socioeconomic standing are presented. The authors also develop an alternative explanation for the elevated risk for schizophrenia in persons in certain social strata. The notion of the schizophrenia-evoking stress of formulating a life plan is a parsimonious explanation for a relatively wide range of epidemiologic findings beyond the situation of socioeconomic and ethnic disadvantage. It is consistent with the age of onset of schizophrenia and with data on ethnic disadvantage, immigration, urbanization, and modernization. The idea of a life plan is relatively precise--and rejectable--because its elements are imminently measurable.

**Bowers, M. Jr, Boutros, N., D'Souza, D.C., Madonick, S. (2001). Substance abuse as a risk factor for schizophrenia and related disorders. *International Journal of Mental Health*. 2001 Spr; Vol 30(1): 33-57.**

Explores how often psychotogenic drug use precedes the onset of 1st-episode psychosis by examining research on the relationship between substance abuse and onset/development of schizophrenia and related disorders. Based on several studies, it appears that a significant minority of patients who become psychotic for the first time have used alcohol or drugs significantly for varying periods before the onset of psychosis. Although the role of substance abuse in the actual outbreak of psychosis remains arguable in these instances, there is heuristic value in suggesting that psychotogenic substances may abet the first episode of psychosis. In this article, the authors discuss the available information for 4 substances: LSD, cannabis, amphetamine, and cocaine. Each of these compounds has been shown to facilitate biochemical processes thought to be involved in the positive symptoms of psychosis. Possibilities for preventing substance abuse as a potential risk factor for psychosis is also considered.

**Corcoran, C., Malaspina, D. (2001). Traumatic brain injury and risk for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*. 2001 Spr; Vol 30(1): 17-32.**

It has been argued that schizophrenia following traumatic brain injury (TBI) may be a phenocopy of genetic schizophrenia. But since many of those with post-TBI psychosis have a family history of schizophrenia or pre-injury personalities similar to prodromal schizophrenia, the association between TBI and schizophrenia may also indicate gene-environment synergy or, alternatively, TBI and schizophrenia may be spuriously associated. Using models/hypotheses that examined joint and separate effects of genes and TBI on risk for schizophrenia, the authors estimated a conservative attributable risk of schizophrenia following TBI at 1% of cases of schizophrenia. An analysis of published data yielded a more liberal estimate of 17%. TBI may account for a small proportion of schizophrenia risk; but in light of the devastation the disorder causes, this risk may be considered appreciable.

**Schiffman, J., Abrahamson, A., Cannon, T., LaBrie, J., Parnas, J., Schulsinger, F., Mednick, S. (2001). Early rearing factors in schizophrenia. *International Journal of Mental Health*. 2001 Spr; Vol 30(1): 3-16.**

There are mixed findings in research on the relationship between risk of developing schizophrenia and early rearing factors such as family dysfunction and parental loss or separation. These relationships, however, seem clearer when the vulnerability resulting from a genetic liability to schizophrenia is taken into consideration. It appears that when combined with genetic risk for schizophrenia, disruptive early rearing circumstances contribute significantly to later schizophrenic outcome. The present authors review the literature on early rearing and schizophrenia by looking at studies in which the parents of Ss are not selected for mental illness; in these studies, genetic liability for schizophrenia is not taken into consideration. Following this, they review research of early rearing circumstances of children with mental illness in the family. Children with a family history of schizophrenia may have an important vulnerability that interacts with poor early life circumstances and increases the likelihood of later schizophrenia. Research suggests the importance of poor family relationships and parental loss in the development of schizophrenia.

## Journal of Community and Applied Social Psychology

**Mallett, J., Cairns, E., & Bunting, B. (2002). New approaches to the 'crucial' test of the causation and selection hypotheses in a Northern Irish sample. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2002 Mar-Apr; Vol 12(2): 137-141.**

Examines the relationship between minority/majority status and psychological adjustment, as measured by the General Health Questionnaire (GHQ-12). Rather than using religious labels in Northern Ireland to define minority/majority status, the authors hypothesized that such status is more contingent upon the local area context. Using a purer operationalization of minority/majority status, the authors found no evidence of an "ethnic density effect." Implications for the questionable validity of the "crucial test" of the selection and causation hypotheses are discussed.

**Anderssen, N. (2002). Does contact with lesbians and gays lead to friendlier attitudes? A two year longitudinal study. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2002 Mar-Apr; Vol 12(2): 124-136.**

Attitudes toward and contact with lesbian women and gay men were assessed through questionnaires in a 2-yr follow-up study in a cohort of 511 Norwegian participants, 19 yrs of age at first data collection. A substantial proportion reported negative attitudes at baseline (between 39 and 63%) and 2 yrs later (between 32 and 59%), females being more positive than males. A majority reported having no contact with lesbian women or gay men either at 19 yrs of age (66-79%) or 2 yrs later (51-62%). Longitudinally, the measures were moderately stable (Pearson's  $r = 0.43-0.73$ ), and contact change was

positively related to attitude change. Also, attitude change positively predicted contact change. The findings imply that efforts to reduce stigma associated with homosexuality are still needed among young people in Norway.

**Upanne, M. (2002). Changes in professional conceptions of suicide prevention among psychologists: Using a conceptual model. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2002 Mar-Apr; Vol 12(2): 108-123.**

This prospective follow-up study monitored the evolution of psychologists' (aged 29-46 yrs) conceptions of suicide prevention over the course of their participation in psychological autopsy studies that constituted the first phase of the National Suicide Prevention Project in Finland. This study also considered the feasibility of an earlier suicide prevention model. Ideas on prevention were compared in 2 different situations and items were categorized using descriptive and conceptual criteria of prevention. They could be classified into a typology of 4 categories: care approach, cultural-educational approach, conditions approach, and critical approach. The follow-up suggested that the model is a feasible method for analyzing conceptions of suicide prevention. In addition, ideas could be compared with certain known theoretical models of prevention. The model could thus be used in further research and for practical purposes. Experiences of psychological autopsy studies definitely had an impact on the psychologists' views; conceptions altered towards emphasizing the care approach and individual risk factors. Nonetheless, the overall structure of the prevention paradigm remained multi-factorial, stressing multistage influencing.

**Duckett, P.S. (2002). Community psychology, Millennium Volunteers and UK Higher Education: A disruptive triptych? *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2002 Mar-Apr; Vol 12(2): 94-107.**

In this paper I critically explore the ideological underpinnings of pedagogical and political practices in UK Higher Education (HE). I first map out the political and pedagogical features of community psychology and then describe the Millennium Volunteers project at the University of Northumbria--a scheme that integrates voluntary placements into undergraduate degree programmes, reflecting on the political and pedagogical premises upon which it is based. I consider the political context and recent social policy trends in UK HE. Through exploring the ideological underbellies of community psychology and Millennium Volunteers, I describe the tensions created once both are situated within a HE student's learning and a lecturer's teaching portfolio. I reflect on how each appears to share similar wish lists but conclude that a surface comparison of the pedagogical practices of each can leave unrecognized serious ideological, ethical and political differences that can cause disruption at the interfaces of staff, students and HE institutions. I recommend making the political and ideological assumptions behind pedagogical practices and education policy initiatives more transparent to both students and lecturers alike and outline the reasons for doing so.

**Fenner, S., Gudjonsson, G.H., Clare, I.C.H (2002). Understanding of the current police caution (England and Wales) among suspects in police detention. *Jour-***

*nal of Community and Applied Social Psychology*. 2002 Mar-Apr; Vol 12(2): 83-93.

The current police caution (England and Wales) provides information about the right to silence to suspects in police detention. Though earlier studies, involving other populations, suggest that the caution would be too complex for detainees to understand fully, the issue has not previously been investigated directly among police detainees. Comprehension of the caution was investigated among 2 groups, police station suspects (N=30; aged 17-64 yrs) and individuals (N=24) attending a job center in the same area, matched for intellectual ability. In both groups, understanding was very limited and did not relate either to their situation at the time of testing or to self-reported experience of the criminal justice system. Even under optimal experimental conditions, only 11% (6) of the participants were able to demonstrate full understanding of its meaning. Worryingly, though more than 96% (52) claimed to have understood the caution fully after it had been presented to them as it would be by the police, none of them did so. The authors suggest practical measures to ameliorate the difficulties, but the importance of devising a new, simplified, version of the current caution cannot be overemphasized; otherwise, miscarriages of justice are likely to occur.

**Brooker, A.S.; Eakin, J.M. (2002). Power-centred approach to work stress: A reply to Smail's commentary. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2002 Jan-Feb; Vol 12(1): 76.**

Responds to D. Smail's (see record 2001-17857-006) comments articles by S. H. Franzblau and M. Moore (see record 2001-17857-001); A. -S. Brooker and J. M. Eakin (see record 2001-17857-002); M. L. Crossley (see record #3200117857-003); G. Nelson et al (see record 2001-17857-004); and I. Prilleltensky et al (see record 2001-17857-005) on power, control and health issues in community psychology. The authors support his central concern that researchers and practitioners should direct attention to the role of structural forces (such as power) in the generation of distress. But Smail suggests that we need to develop a language that divest itself of its current individualistic and victim-blaming biases. Yet, language is itself a symbolic system. To argue that language has potential political ramifications is to acknowledge its symbolic power.

**Fountain, J., Howes, S., Marsden, J., Strang, J. (2002). Who uses services for homeless people? An investigation amongst people sleeping rough in London. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2002 Jan-Feb; Vol 12(1): 71-75.**

From a sample of 389 homeless (aged 17-72 yrs) people in London, the characteristics of those who used services for homeless people are presented and the implications for service planning and delivery explored. Staff providing services for this client group need knowledge about drug use and the confidence to work effectively with homeless drug users.

**Vrij, A., Nunkoosing, K., Paterson, B., Oosterwegel, A., Soukara, S. (2002). Characteristics of secrets and the frequency, reasons and effects of secrets keeping and disclosure. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2002 Jan-Feb; Vol 12(1): 56-70.**

Examined secrets keeping and disclosure. 70 college students filled in 2 questionnaires, with a 4 mo time span in between. Their mean age was 22.06 yrs for the 1st round and 22.41 yrs for the 2nd round. Their psychological and physical well-being was investigated, together with self-esteem, the topic and some characteristics of their most important secret (if they had a secret), reasons for having the secret, to whom they confide the secret, how they felt about confiding, and whether they thought that their behavior would reveal that they kept a secret when they talked with someone who is not aware of their secret. The findings showed that total secrecy was rare, and that most secret-holders had informed at least one other person about their secret. Moreover, the findings challenge the view that secrets keeping has negative effects on secret-holders. Results revealed some negative effects, but only when the secret was serious. No positive effects were found for secrets disclosure. Secret-holders confided information to those with whom they felt emotionally close; were more reluctant to confide when they kept the secret to avoid disapproval, and more likely to confide when they believed that others would find out about their secrets by paying attention to their holders) behavior.

**Mason, J., Murphy, G.H. (2002). People with intellectual disabilities on probation: An initial study. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2002 Jan-Feb; Vol 12(1): 44-55.**

The two studies in this paper aim to investigate the prevalence and characteristics of people with intellectual disabilities in the probation service in England. Study one screened the abilities of a sample of 70 probationers in one single probation service. The median age was in the 21-30 yr age band. Study two compares a sub-set of these to an equal number of control participants in order to further investigate the characteristics of those with intellectual disability on probation. Nearly 6% of service users appeared to have an intellectual disability, and 11% fell into the bottom 5% of the general population in terms of their intellectual and social functioning. The authors conclude that a significant minority of those in the probation service have an intellectual disability or similar needs.

**Hall, S., Cheston, R. (2002). Mental health and identity: The evaluation of a drop-in centre. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2002 Jan-Feb; Vol 12(1): 30-43.**

This paper is based on interviews with users of a drop-in center run by a voluntary group. Over a 6-mo period a total of 90 people attended the drop-in, with an average weekly attendance of 18. The ages of the users ranged from early twenties to mid-fifties. Using a grounded theory approach the paper argues that individuals' use of the drop-in is linked to the discursive strategies that they have developed to cope with stigma. H. Tajfel's Social Identity Theory is employed as a framework to examine how users manage the threat to their identity posed by the diagnosis and experience of mental illness. The implications of this research are examined within the context of the empowerment paradigm of mental health.

**Campbell, C., McLean, C. (2002). Representations of ethnicity in people's accounts of local community participation in a multi-ethnic community in England.**

***Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2002 Jan-Feb; Vol 12(1): 13-29.**

Examined the impact of the social construction of ethnic identities on the likelihood of local community participation. The authors do so in the context of an applied interest in the current policy emphasis on partnerships between government and local communities in initiatives to reduce health inequalities, and a conceptual interest in the role of social representations in perpetuating unequal power hierarchies. Semi-structured interviews were conducted with 75 residents of a deprived multiethnic area in south England. Informants described themselves as African-Caribbean, Pakistani and White English; half men and half women, aged 15-75 yrs. The authors draw attention to the way in which ethnic identities may be constructed in ways that undermine the likelihood of local community participation. Stereotypical representations of ethnically defined ingroups and outgroups (the ethnic "other") constituted key symbolic resources used by our informants in accounting for their low levels of engagement with local community networks. The authors examine the content of these stereotypes, and highlight how their construction is shaped by historical, economic and social forces, within the context of the "institutional racism" that exists in England.

**Boynton, P.M. (2002). Life on the streets: The experiences of community researchers in a study of prostitution. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2002 Jan-Feb; Vol 12(1): 1-12.**

Whilst community psychology has encouraged discussion of research processes and ways to improve studies, certain issues within community-based research (particularly on sex topics) still require attention. This paper outlines a community study of women involved in street prostitution, and discusses issues arising from this research. By using extracts from the research report, along with researcher's diaries and taped conversations, the paper raises points for discussion concerning the process of sex-research. For instance, training peer researchers, incorporating sex-workers in research strategies, producing tangible results, and ethical issues. Strategies to improve research in general are then suggested.

**Moulding, N., Hepworth, J. (2001). Understanding body image disturbance in the promotion of mental health: A discourse analytic study. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2001 Jul-Aug; Vol 11(4): 305-317.**

Notes that prevention and health promotion in the area of body image disturbance and eating disorders are relatively underexplored. A review of health promotion activities in the area of body image in Australia revealed 3 programs, the most extensive and longest standing being established in 1992. Because health promotion is concerned with the social aspects of health, it was hypothesized that a social understanding of body image and eating disorders might be advanced in a health promotion setting and reflected in the approach to practice. In order to examine approaches to body image in health promotion, 10 health professionals responsible for the design and management of this program participated in a series of semi-structured interviews between 1997 and 2000. Three discursive themes were evident in health workers' explanations of body image problems: (1) cognitive-behavioral themes; (2) gender themes; and (3) socio-

cultural themes. While body image problems were constructed as psychological problems that are particularly experienced by women, their origins were largely conceived to be socio-cultural. The implications of these constructions are discussed in terms of the approach to health promotion used in this program.

**Toumbourou, J.W., Blyth, A., Bamberg, J., Forer, D. (2001). Early impact of the BEST intervention for parents stressed by adolescent substance abuse. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2001 Jul-Aug; Vol 11(4): 291-304.**

In this study the early impact of an 8-wk parent-group program known as Behavioural Exchange Systems Training was evaluated using a quasi-experimental, waiting list control design. The professionally led program had been developed to support and assist parents in their efforts to cope with adolescent substance abuse. Ss were 66 parents (48 families) accepted for entry into the program between 1997 and 1998. Comparison was made between 46 parents offered immediate entry into the program and 20 parents whose entry to the program was delayed by an 8-wk waiting list. At the first assessment 87% of parents showed elevated mental health symptoms on the General Health Questionnaire. Evidence suggested exposure to the intervention had a positive impact on parents. Compared to parents on the waiting list, parents entered immediately into the intervention demonstrated greater reductions in mental health symptoms, increased parental satisfaction, and increased use of assertive parenting behaviors.

**Morgan, M., O'Neill, D. (2001). Pragmatic post-structuralism (II): An outcomes evaluation of a stopping violence programme. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2001 Jul-Aug; Vol 11(4): 277-289.**

This paper reports features of a distinctly post-structuralist 'outcome evaluation' of a community based stopping violence program for men who have assaulted their spouses. 11 Ss (aged 24-45 yrs) participated in the study. Through analysis of pre- and post-program interviews it was found that the men's accounts of their violence shifted as a consequence of their participation in and exposure to the program's discursive resources. Overall the men's accounts demonstrated movement towards taking greater ownership and responsibility for their actions. However, this trend was not universal and was mitigated through other pre-program discursive resources.

**O'Neill, D., Morgan, M. (2001). Pragmatic post-structuralism (I): Participant observation and discourse in evaluating violence intervention. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2001 Jul-Aug; Vol 11(4): 263-275.**

Discusses the process and merits of a post-structuralist approach to participant observation and describes the use of this research strategy in evaluating a community based 'stopping violence' program. This investigation sought to explore the discursive forms which underlie the intervention program. 11 Ss (aged 18-60 yrs) participated in the study. Data gathering involved one of the authors participating in 9 3-hour sessions and observing the social context and conduct of the group. Four discourses were identified as underlying the program. Dominating the

program was the Liberal Humanist discourse which emphasizes personal freedom and responsibility. The Romantic discourse of violence as expressive of inner tension was also evident in the talk and practices of the program. Other practices were informed by the Structuralist social systems discourse and the social systemic discourse. The authors note that while the participant observation research strategy is commonly employed as a 'process evaluation' method, its role within a distinctly post-structuralist program is a novel application of a well-established research strategy. It is argued that this has significant implications for how social scientists may approach participant observation and evaluation in the future.

**Hill, M.E., Augoustinos, M. (2001). Stereotype change and prejudice reduction: Short- and long-term evaluation of a cross-cultural awareness programme. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2001 Jul-Aug; Vol 11(4): 243-262.**

Reports an evaluation of an applied prejudice reduction intervention. Previous research has indicated that such programs achieve limited success. The program evaluated was an in-house anti-racist education program aimed at reducing prejudice towards Aboriginal Australians. The target audience were 62 employees (aged 22-70 yrs) of a public service organization. Knowledge of, prejudice towards, and stereotyping of Aboriginal Australians were assessed before commencing the program to establish a baseline. Changes in these variables were assessed immediately after completing the program, and again 3 mos after completing the program. The program had pronounced effects immediately after completion: there was a significant increase in knowledge and significant decrease in prejudice and negative stereotyping. However, 3 mos later, there was no significant difference to baseline levels of prejudice and stereotyping. Knowledge remained significantly higher than at baseline 3 mos after completing the program. High prejudice Ss alone experienced a significant, long-term decrease in old-fashioned racism. It is concluded that further research must be done to develop more successful strategies of prejudice reduction and stereotype change that are also applicable to 'real world' contexts.

**Smail, D. (2001). De-psychologizing community psychology. *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2001 Mar-Apr; Vol 11(2): 159-165.**

Comments on articles by S. H. Franzblau and M. Moore (see record 2001-17857-001); A. -S. Brooker and J. M. Eakin (see record 2001-17857-002); M. L. Crossley (see record #3200117857-003); G. Nelson et al (see record 2001-17857-004); and I. Prilleltensky et al (see record 2001-17857-005) on power, cont4 0 TD0i5) on JThclusueerategy ps

**logical analysis of pathways toward wellness, resilience and problems.** *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2001 Mar-Apr; Vol 11(2): 143-158.

The literature on powerlessness, empowerment and control tends to be adult-centric and psychocentric. It is adult-centric in that most studies deal with the experience of powerlessness in adults or interpret children's realities from an adult point of view. At the same time, the literature is quite psychocentric in that it focuses on the emotional and cognitive dimensions of powerlessness, to the relative neglect of social and political power. The purpose of this article is to redress these biases and elucidate the role of power and control in pathways toward health, resilience and problems in children's lives. The authors define wellness as a satisfactory state of affairs, brought about by the acquisition and development of material and psychological resources, participation and self-determination, competence and self-efficacy. Power and control are defined as opportunities afforded by social, community, and family environments to develop these three dimensions of health and wellness. The authors highlight basic research which describes pathways toward wellness, resilience, and problems in life, as well as applied research on promising interventions to improve children's health and wellness.

**Nelson, G., Lord, J., Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/survivors.** *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2001 Mar-Apr; Vol 11(2): 125-142.

This paper clarifies the concepts of empowerment and mental health and examines their interrelationships in a qualitative study of psychiatric consumer/survivors participating in 3 innovative community mental health programmes. Focus group interviews with 59 stakeholders and in-depth stories of 6 consumer/survivors served as the data base. The authors defined mental health as the development of choice, control, and community integration and the acquisition of valued resources, and the research identified indicators of each of these qualities. Moreover, the authors found empowering processes at the micro, meso, and macro levels of analysis that facilitated the recovery of mental health, as well as disempowering processes that impeded mental health. The findings are discussed in the context of the literature on innovative practices and the emergence of an alternative paradigm in community mental health.

**Crossley, M.L. (2001). The 'Armistead' project: An exploration of gay men, sexual practices, community health promotion and issues of empowerment.** *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2001 Mar-Apr; Vol 11(2): 111-123.

Recently emerging evidence indicates that some gay men/men who have sex with men (MWHWSM) are continuing to engage in unsafe sexual practices despite over a decade of health education/ promotion. Accordingly, there have been recent attempts to revamp health education/promotion programmes as a means of encouraging participation. One way of doing this has been through government facilitation of community based health promotion programmes. These programmes attempt to regenerate social networks and supportive environments and to thereby empower gay men/ MWHWSM.

This paper explores some of the issues involved in this process in relation to an independent evaluation of a government funded community based health promotion project set up in the north-west of England. Drawing on interviews and focus groups with clients and agency personnel involved with the project, it explores some of the connections and conflicts between empowerment, safer sex and government funded health promotion interventions.

**Brooker, A.S., Eakin, J.M. (2001). Gender, class, work-related stress and health: Toward a power-centered approach.** *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2001 Mar-Apr; Vol 11(2): 97-109.

The purpose of this paper is to consider how gender, class and power have been addressed in the work stress literature and to propose an alternative approach that highlights the role of power in the development of work-related stress. The authors begin with a discussion and critique of prominent work-related stress models. The models' conceptualizations of work-related stress and their relationships to issues of class and gender are used as focal points for discussion. It is shown that explanations for gender or class differences in stress vary markedly by disciplinary perspective. Some models emphasize individual coping mechanisms, while other models focus on individual-level exposures or the work environment, in the production of work-related stress. Notions of power or control are often invoked in these models, but they tend to be narrowly conceptualized. Drawing on empirical findings and theoretical insights from a broad range of disciplinary perspectives, the authors build a conceptual framework relating power to work-related stress. This model can provide us with a deeper understanding of the determinants of stress, the relationships between stress and the broader social context, and the relationships between stress and social factors such as class and gender.

**Franzblau, S.H., Moore, M. (2001). Socializing efficacy: A reconstruction of self-efficacy theory within the context of inequality.** *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2001 Mar-Apr; Vol 11(2): 83-96.

A. Bandura's (1997) self-efficacy (SE) theory claims that if people believe that they can control the outcome of their behaviour, then they can. SE theory positions the self as the centre and originator of change, beginning with control over belief systems, which determine levels of performance. This conception depoliticizes social mechanisms of control, internalizing them within individual cognitive processes. The authors argue that SE theory emanates from culturally-positioned and ideologically informed functional trends in US psychology, which perpetuates a blaming-the-victim approach to social problems. Through an examination of the way gender and disability are manipulated in SE research, the authors show that efficacy is socially construed, and is actually about control over and access to power and the ideological, institutional, and social resources that provide the foundation for taking certain actions.

**Heim, D., Davies, J.B., Cheyne, B., Smallwood, J. (2001). Addiction as a functional representation.** *Journal of Community and Applied Social Psychology*. 2001 Jan-Feb; Vol 11(1): 57-62.

Examined how perceptions of the addicted state vary as a function of social conditions, personal circumstances, and type of substance. 144 17-37 yr old university students were presented with portrayals of drug users in which sex, drug type, and social setting were varied. A questionnaire determined the degree to which Ss thought that

the person portrayed was (1) addicted, (2) prone to use drugs due to his/her personality, and (3) perceived as a problem to society. The pattern of results fits a functional model of the addiction concept rather than an attempt to describe an 'objective' state.

## Journal of Community Psychology

**Jaccard, J., Guilamo-Ramos, V. (2002). Analysis of variance frameworks in clinical child and adolescent psychology: Issues and recommendations. *Journal of Community Psychology*. 2002 Mar; Vol 31(1): 130-146.**

Reviewed existing practices of factorial analysis of variance (ANOVA), an analytic tool used in clinical child and adolescent psychology, in the *Journal of Clinical Child Psychology (JCCP)* and noted several suboptimal strategies. Issues surrounding the analysis of multiple outcome variables, omnibus F tests, and single degree of freedom contrasts, simple main effects analysis, and single degree of freedom interaction contrasts were considered and recommendations were made about analytic strategies. Among the practices questioned were the use of multivariate analyses of variance (MANOVAs) as a means of controlling Type I errors across multiple outcome variables and the use of simple main effects analysis to elucidate the nature of interaction effects.

**Carlson, C.L., Mann, M. (2002). Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *Journal of Community Psychology*. 2002 Mar; Vol 31(1): 123-129.**

Compared 2 groups of children with attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type (ADHD/IA)--those with high scores on a composite measure of sluggish cognitive tempo (SCT) and those without--using a large, school-based sample of 2,744 children for which previous comparisons between ADHD subtypes have been reported. Although the 2 groups did not differ on level of attention or learning problems, high-SCT ADHD/IA children were rated by teachers as showing less externalizing behavior and higher levels of unhappiness, anxiety/depression, withdrawn behavior and social dysfunction. Thus, SCT identifies a more homogeneous subgroup of ADHD/IA children who are, relative to the entire Mental Disorders-IV (DSM-IV) diagnosed ADHD/IA group, more similar to those classified in previous research as "attention deficit disorder without hyperactivity." The authors contend that these results support a reconsideration of SCT symptoms as a component of diagnostic criteria for a category of nonhyperactive attention deficit disorder.

**Price, C.S., Spence, S.H., Sheffield, J., Donovan, C. (2002). The development and psychometric properties of a measure of social and adaptive functioning for children and adolescents. *Journal of Community Psychology*. 2002 Mar; Vol 31(1): 111-122.**

Developed, piloted, and examined the psychometric properties of the Child and Adolescent Social and Adaptive Functioning Scale (CASAFS), a self-report measure that examines the social functioning of young people in various areas. 1,478 adolescents (aged 12-14 yrs) partici-

pated in the study. The findings of confirmatory and exploratory factor analysis support a 4-factor solution consistent with the hypothesized domains. Fit indexes suggested that the 4-correlated factor model represented a satisfactory solution for the data, with the covariation between factors being satisfactorily explained by a single, higher order factor reflecting social and adaptive functioning in general. The internal consistency and 12-mo test-retest reliability of the total scale was acceptable. A significant, negative correlation was found between the CASAFS and a measure of depressive symptoms, showing that high levels of social functioning are associated with low levels of depression. Significant differences in CASAFS total and subscale scores were found between clinically depressed adolescents and a matched sample of nonclinical controls. Adolescents who reported elevated but subclinical levels of depression also reported lower levels of social functioning in comparison to nonclinical controls.

**Dong, Q., Wang, Y., Ollendick, Th.H. (2002). Consequences of divorce on the adjustment of children in China. *Journal of Community Psychology*. 2002 Mar; Vol 31(1): 101-110.**

Explored the consequences of divorce on children in China. In contrast to Western countries, divorce in China is relatively rare, occurring in approximately 10% to 15% of the population. Children from divorced families (n=174) and matched intact families (n=174) were selected from a larger sample of 1,294 children (aged 8-14 yrs). Divorce was relatively low in this sample (13.45%) of participants, consistent with rates observed in epidemiological studies in China. Mothers of divorced children reported higher levels of education but lower levels of income than mothers in intact families. Children in divorced families reported higher levels of anxiety and depression, and their mothers and teachers rated them as possessing more behavior problems on the Achenbach (1991) Child Behavior Checklist scales. Regression analyses reveal that rejecting and inattentive parenting styles, along with family status (divorce or intact), high maternal depression, and sex (boys) predicted significant amounts of variance associated with these negative outcomes. Results are discussed in terms of familial and cultural issues associated with these findings.

**van-Widenfelt, B.M., Siebelink, B.M., Goedhart, A.W., Treffers, Ph.D.A. (2002). The Dutch Childhood Anxiety Sensitivity Index: Psychometric properties and factor structure. *Journal of Community Psychology*. 2002 Mar; Vol 31(1): 90-100.**

Examined the reliability, validity, and factor structure of the Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) in a sample of 544 Dutch school children (aged 8-16 yrs). Ss completed Dutch translations of the CASI; the State-Trait

Anxiety Inventory for Children; and the Fear Survey Schedule for Children-Revised. The Dutch CASI was found to have adequate internal consistency for use with children as well as adolescents. Results reveal that the CASI predicted fear beyond a measure of trait anxiety in this Dutch sample. Both exploratory and confirmatory factor analyses comparing different models were undertaken. The model with 3 1st-order factors found in previous studies showed an acceptable fit in this cross-validation sample. Loadings on the 3 factors (Physical Concerns, Mental Concerns, and Publicly Observable Concerns) did not differ between children and adolescents. Results are compared with previous research on the CASI. Directions for future research are discussed.

**Svensson, L., Larsson, A., Oest, L.G. (2002). How children experience brief-exposure treatment of specific phobias. *Journal of Community Psychology*. 2002 Mar; Vol 31(1): 80-89.**

Examined how 56 children (aged 7-17 yrs) who had received brief-exposure treatment for specific phobias experienced the treatment. Whether there was a relation between the children's reported experiences before, during, and after the treatment and therapy outcome was also investigated. Results indicate that the treatment was experienced as something positive, and the large majority of the children appreciated the pace and degree of control they had during treatment, as well as the opportunity to

© Holzer & Hopwood 2002. DOI: 10.1002/jcop.1006 (sexMen Tw6(diagnost(nt Tw6(groupMen[(t(ond a had durioreveal that the )

**groups in psychotherapy research. *Journal of Community Psychology*. 2002 Mar; Vol 31(1): 41-47.**

Studied Treatment-as-Usual (TAU) in 63 adolescent suicide attempters (aged 12-19 yrs). Randomized clinical trials (RCT's) with suicidal patients are difficult to conduct due to clinical and ethical concerns about control groups. Therefore, TAU comparison groups have been proposed as ethically defensible alternatives to control groups. However, TAU is rarely characterized in treatment trials. Following a suicide attempt, the adolescents in this sample reported attending 0 to 22 outpatient psychotherapy sessions, with an average of 7 sessions. 52% of the Ss reported attending 6 or fewer sessions. Supportive psychotherapy techniques were reported by three fourths of the sample, psychodynamic and cognitive techniques by one half of the sample, and behavioral techniques by one third of the sample. Results suggest that TAU with this population of adolescents is highly variable, both in terms of the number of sessions attended and type of treatment received. This variability makes interpretation of treatment results in clinical trials with TAU comparison groups tenuous. Given the attention paid to treatment attendance and fidelity in most RCTs, even less potent control groups in such trials may be both ethically and clinically as justifiable as TAU designs for high-risk populations.

**Leslie, M.B., Stein, J.A., Rotheram-Borus, M.J. (2002). Sex-specific predictors of suicidality among runaway youth. *Journal of Community Psychology*. 2002 Mar; Vol 31(1): 27-40.**

Examined predictors of suicidality (ideation and attempts) among 348 adolescent runaways (aged 12-19 yrs) using sex-specific models that tested the impact of the 3 domains of the Social Action Model: individual characteristics, interpersonal influences, and life events. 25% of the girls and 14% of the boys had attempted suicide at least once. Male suicidality was mainly predicted by individual characteristics: identifying as gay, emotional distress, fewer conduct problems, and avoidant reasons for drug use. The interpersonal influence of suicidal friends also predicted suicidality. Variables from all 3 domains influenced girls: individual characteristics of lower age, lower self-esteem, and emotional distress; interpersonal influence of suicidal friends; and life events of having lived on the streets and assaults. Findings suggest some sex-specific interventions, but decreasing emotional distress and lessening the influence of suicidal friends may be useful for both boys and girls.

**Black, M.M., Papas, M.A., Hussey, J.M., Dubowitz, H., Kotch, J.B., Starr, R.H. Jr. (2002). Behavior problems among preschool children born to adolescent mothers: Effects of maternal depression and perceptions of partner relationships. *Journal of Community Psychology*. 2002 Mar; Vol 31(1): 16-26.**

Investigated how maternal depression influenced the relation between mothers' perceptions of the quality of their partner interactions and behavior problems among their preschool children. Participants included 194 low-income families. 72% of the mothers (n=139) identified a male partner and comprised the analysis sample. Mothers were adolescents at delivery, and data were gathered when children were 4-5 yrs of age. In this sample, 42.4% of the children had been maltreated, 36% had externalizing scores in the clinical range, and 10.8% had internalizing

Journal of Community Psychology  
 31(1) 16-26  
 doi:10.1002/jcop.1001  
 Copyright © 2002 John Wiley & Sons, Inc.  
 www.interscience.wiley.com

Hcited whih b1(t)1.6(mn interpoliz-)JTJ2-2.226 01.1733 TD0.0006 Tc0.0089 Tw[(ing s-6.7(behavior p-6.7(pec

This study explored the psychological sense of community (PSOC) with participants' interest and geographic communities in a sample of 359 members of science fiction fandom (aged 18-79 yrs), a community of interest with membership from all over the world. Support emerged for D. McMillan and D. Chavis' (1986) four dimensions of PSOC (Belonging, Fulfillment of Needs, Influence, and Shared Emotional Connection), both within participants' PSOC with their geographic communities and with their community of interest, with the addition of a fifth dimension, that of Conscious Identification. All dimensions emerged as significant predictors of overall sense of community in both community types. Participants reported higher levels of global PSOC with fandom than with their geographic communities, a pattern that also emerged across all factors separately. These results, and implications for PSOC research, are discussed.

**Obst, P., Zinkiewicz, L., Smith, S.G. (2002). Sense of community in science fiction fandom, Part 1: Under-standing sense of community in an international community of interest. *Journal of Community Psychology*. 2002 Jan; Vol 30(1): 87-103.**

This study explored the psychological sense of community (PSOC) in science fiction fandom, a community of interest with membership from all over the world, by means of a questionnaire distributed at an international science fiction convention to 359 participants (aged 18-79 yrs). In an endeavor to clarify the underlying dimensions of PSOC, the authors included several measures of PSOC and measures of identification with the community in the questionnaire. Results showed that science fiction fandom reported high levels of PSOC. Support emerged for the hypothesized four dimensions of PSOC (Belonging, Fulfillment of Needs, Influence, and Shared Connections) and an additional fifth dimension, Conscious Identification. These results and their implications for PSOC research are discussed.

**Mahoney, J.L., Stattin, H. (2002). Structured after-school activities as a moderator of depressed mood for adolescents with detached relations to their parents. *Journal of Community Psychology*. 2002 Jan; Vol 30(1): 69-86.**

This study investigated whether participation in structured after-school activities moderates the association between detached parent-adolescent relationships and adolescent depressed mood. A representative sample of 539 14-yr-olds and their parents were assessed concerning adolescent participation in after-school activities, the parent-adolescent relationship, and adolescent depressed mood. Results showed that adolescents with detached relations to their parents reported high levels of depressed mood. Adolescents who participated in after-school activities reported low levels of depressed mood compared to adolescents not participating in such activities, however, this was primarily true of participants who perceived high support from their activity leader. Support from after-school activity leaders was particularly important for a subgroup of youth characterized by highly detached relations to their parents. Although girls reported higher levels of depressed mood than did boys, the associated benefits of perceived support from an activity leader were consistent across gender.

**Lenk, K.M., Toomey, T.L., Wagenaar, A.C., Bosma, L.M., Vessey, J. (2002). Can neighborhood associations be allies in health policy efforts? Political activity among neighborhood associations. *Journal of Community Psychology*. 2002 Jan; Vol 30(1): 57-68.**

Examined organizational characteristics and types of political actions of neighborhood associations, and factors influencing the amount of political activity among the associations. The authors hypothesized that four neighborhood characteristics (population size, income, educational level, and percentage of owner-occupied households) and six organizational characteristics (budget, number of staff, size of board, newsletter publication, coalition involvement, and resident involvement) would influence the amount of political activity of the associations. The authors obtained data from the 1990 U.S. Census and a survey of neighborhood associations in Minneapolis and St. Paul, Minnesota, and found that neighborhood associations engaged in numerous and diverse political activities. Results from multiple regression analyses revealed that median household income was negatively associated with amount of political activity. Population size of the neighborhood and intensity of involvement in multi-organization coalitions were both positively associated with political activity. The authors concluded that neighborhood associations, particularly those in larger and poorer neighborhoods, can be key allies in health and social policy efforts.

**Ying, Y.W. (2002). Formation of cross-cultural relationships of Taiwanese international students in the United States. *Journal of Community Psychology*. 2002 Jan; Vol 30(1): 45-55.**

This longitudinal study empirically examined social network composition of 155 Taiwanese graduate students (mean age 25 yrs) at approximately 1 year (14 months) after they arrived in the United States, as predicted by prearrival, and 2 and 9 months postarrival data. A multi-dimensional model of social network composition, including personality, knowledge, attitude, skill, and environmental context, guided the study. Using a regression model, the probability of forming friendship with Americans at 14 months postarrival was positively associated with the following factors: their personality (i.e., extraversion), knowledge of the United States, attitude about forming friendship with Americans (positive association) and Taiwanese (negative association), their communication skills (facility understanding English), and their social environmental context (limited availability of Chinese students on their campus). Implications of the study findings are discussed.

**Martinez, M.L., Black, M., Starr, R.H. (2002). Factorial structure of the Perceived Neighborhood Scale (PNS): A test of longitudinal invariance. *Journal of Community Psychology*. 2002 Jan; Vol 30(1): 23-43.**

This article analyzes the invariance of the factor structure of the Perceived Neighborhood Scale across two waves of data (collected when children were 3 and 5 yrs old). *Ss* were 129 African-American families whose mothers' mean age was 27 yrs when their children were 3 yrs. Scale items were theoretically derived to represent four dimensions of neighborhood context: social embeddedness, sense of community, satisfaction with neighborhood, and fear of crime. The longitudinal invariance of the factor structure of the scale was confirmed by testing

the goodness-of-fit of 4 nested models. Results from longitudinal confirmatory factor analytic models (a) provide support for the hypothesized scale structure, (b) demonstrate convergent validity, and (c) demonstrate nonmetric and strict metric invariance. Correlation analyses examining the associations between neighborhood characteristics and scale scores indicated external validity. Both sense of community and satisfaction with neighborhood were significantly associated with parental sense of efficacy. Findings are discussed in light of the implications for longitudinal research with children and the effects of neighborhood characteristics on parenting and the development of preschool children.

**Hogue, A., Liddle, H.A., Becker, D., Johnson-Leckrone, J. (2002). Family-based prevention counseling for high-risk young adolescents: Immediate outcomes. *Journal of Community Psychology*. 2002 Jan; Vol 30(1): 1-22.**

This study tested the post-intervention efficacy of an indicated, family-based prevention model (one which features customized prevention planning for individual families and represents a promising approach for preventive intervention with adolescents at high risk for substance abuse and conduct disorder) with a sample of 124 inner-city African-American youths (aged 11-14 yrs). The authors targeted key risk and protective factors associated with the development of drug use and antisocial behavior in four domains: self-competence, family functioning, school involvement, and peer associations. Compared to controls, participants in family prevention counseling showed gains in global self-worth, family cohesion, and bonding to school, and a decrease in peer antisocial behavior. In conclusion, the authors discuss the potential utility of family prevention counseling within a unified prevention framework.

**Skaff, M. McKean, Chesla, C.A., Mycude, V. de los Santos, Fisher, L. (2002). Lessons in cultural competence: Adapting research methodology for Latino participants. *Journal of Community Psychology*. 2002 May; Vol 30(3): 305-323.**

Recent publications have suggested that research with diverse ethnic groups requires a reexamination of the methods and measures that have been developed on European-American samples. This is a methodological paper, sharing the lessons learned in the field by one research team. It reports on a study of persons with type 2 diabetes (aged 25-62 yrs) and their partners that included both Latino and European-American participants. Involvement of a multiethnic research team, the willingness to be flexible, and a healthy skepticism about our current methods are among the suggestions that emerge. More specifically, the article addresses such topics as the establishment of trust in the participants, language and meaning, the practical implications of cultural values, and the impact of social class on procedures.

**O'Hearn, T., Gatz, M. (2002). Going for the Goal: Improving youths' problem-solving skills through a school-based intervention. *Journal of Community Psychology*. 2002 May; Vol 30(3): 281-303.**

This study evaluated Going for the Goal (GOAL), a school-based intervention designed by S. J. Danish and colleagues to teach life skills to at-risk urban adolescents. The authors extended previous evaluation of GOAL by

including an assessment of means-ends problem-solving skills. The 10-week program was administered to 479 middle school students by 46 trained high school student leaders in a predominantly Hispanic community. The program focused on setting positive, reachable goals; anticipating and responding to barriers to goal attainment; using social support; and building on one's strengths. Results demonstrated gains in knowledge of the skills being taught and improvement in problem-solving skills. Leaders also showed an increase in their knowledge of life skills. The approach maximizes both community resources and ecological validity while giving high school leaders the chance to benefit in their role as helpers.

**Calsyn, R.J., Winter, J.P. (2002). Social support, psychiatric symptoms, and housing: A causal analysis. *Journal of Community Psychology*. 2002 May; Vol 30(3): 247-259.**

This study used structural equation modeling to examine the causal relationship between social support and each of three outcome variables: depression, psychotic symptoms, and stable housing. Two measures of social support were included in the models: natural support (family and friends) and professional support. Nearly 4,000 individuals from 18 cities in the United States provided data for this study. All participants were homeless at baseline and suffered from severe mental illness. Data were collected at baseline, 3 months, and 1 year. A reciprocal effects model best explained the causal relationship between social support and psychiatric symptoms. The social causation model best explained the relationship between social support and stable housing, such that increases in social support led to increases in stable housing.

**Mignone, J. (2002). Latin American Community-based Mental Health Initiative: Stakeholder matrix tool. *Journal of Community Psychology*. 2002 May; Vol 30(3): 235-245.**

This article presents a matrix tool that facilitates a systemic view, both for planning and evaluation purposes, of the roles and interactions between key stakeholders in community-based mental health programs. The tool emerged from a community mental health initiative centered on natural caregivers, that commenced in 1995 in Edmonton, Alberta, Canada, and involved the Latin American community, social agencies, and health institutions. The article describes the Latin American Community-based Mental Health Initiative and exemplifies the use of the stakeholder matrix tool. The purpose of the tool is to assist community-based initiatives to explicitly examine, on an ongoing basis, roles, interactions, and areas of tension between its stakeholders. The lack of this examination undermines the possibility for community-based initiatives to overcome the many challenges they face. The stakeholder matrix tool offers a relatively straightforward structure from where to initiate this process, be it from a planning and/or evaluation perspective.

**Herrenkohl, T.I., Hawkins, D., Abbott, R.D., Guo, J., Social Development Research Group (2002). Correspondence between youth report and census measures of neighborhood context. *Journal of Community Psychology*. 2002 May; Vol 30(3): 225-233.**

Many studies that have examined neighborhood factors as predictors of crime have used census data. Exclusive

use of these data limits the range of neighborhood factors that can be assessed and the frequency with which assessments can be made. Surveys of neighborhood residents provide an alternative data source. However, survey data have been viewed as reflecting the individual perceptions of respondents rather than characteristics of neighborhoods themselves. This study sought to determine whether survey data could be used to measure neighborhood context and whether data from nonrepresentative samples of youth are adequate to do so. This was achieved by examining the consistency between measures of neighborhood disadvantage/disorganization developed from the 1990 national census and from surveys of youth (average age 15 yrs) given in the same year as part of the Seattle Social Development Project (SSDP). The study found strong correspondence between the contemporaneous measures. The results suggest that survey data can be used to measure neighborhood factors. Advantages of this method are discussed.

**Jason, L.A., Reichler, A., King, C., Madsen, D., Camacho, J., Marchese, W. (2001). The measurement of wisdom: A preliminary effort. *Journal of Community Psychology*. 2001 Sep; Vol 29(5): 585-598.**

The Foundational Value Scale (FVS) is a newly developed assessment device to measure the construct of wisdom. Ss for the 2 studies reported here were males and females (aged 17-63 yrs). Factor analysis of this scale indicated five components: Harmony, Warmth, Intelligence, Nature, and Spiritual. The factors had adequate internal reliability and test-retest reliability. These dimensions were only slightly related to several other constructs (e.g., stress and depression). The FVS was not significantly related to approval motivation. The FVS appears to be a useful scale that taps several wisdom-related dimensions. Better knowledge about wisdom could be potentially useful in understanding topics about which community psychologists have particular interest.

**Mulvey, A., Gridley, H., Libby-Gawith (2001). *Convent girls, feminism, and community psychology. Journal of Community Psychology*. 2001 Sep; Vol 29(5): 563-584.**

Incorporates reflections by three feminist community psychologists from the Irish Catholic diaspora. Using a narrative approach, we explore the roots of our common commitment to social justice, and the emergence of our feminism from diverse life experiences across four countries, within a shared spiritual tradition. We argue that building inclusive and just communities is impossible without addressing the complexities of our own communities, cultural identities, and spiritual heritages, the latter often underacknowledged within feminism and community psychology. Catholic Ireland in the 19th century was a colonized country that became a colonial power by the export of its people and their religion out of oppression, famine, and poverty to the "new worlds" of Australia, Canada, New Zealand, and the USA. Our mixed experiences of internalized dominance as White, English-speaking members of the "one true Church" and of internalized oppression as Irish Catholic minority women in predominantly Protestant Anglo-Saxon patriarchal societies resonate in our accounts of the pressures to "do good and be good." Our stories illustrate commonalities and contradictions between feminism, community psychology, and shifting meanings of spirituality.

**Hazel, K.L., Mohatt, G.V. (2001). Cultural and spiritual coping in sobriety: Informing substance abuse prevention for Alaska Native communities. *Journal of Community Psychology*. 2001 Sep; Vol 29(5): 541-562.**

Culture and spirituality have been conceptualized as both protecting people from addiction and assisting in the recovery process. A collaborative study, utilizing focus group and survey methods, defined and examined cultural and spiritual coping in sobriety among a select sample of Alaska Natives. Results suggest that the Alaska Native worldview incorporates a circular synthesis and balance of physical, cognitive, emotional, and spiritual processes within a protective layer of family and communal/cultural beliefs and practices embedded within the larger environment. Cultural-spiritual coping in sobriety is a process of appraisal, change, and connection that leads the person toward achieving an overarching construct: a sense of coherence. Cultural and spiritual processes provide important areas for understanding the sobriety process as well as keys to the prevention of alcohol abuse and addiction.

**Mattis, J.S., Jagers, R.J. (2001). A relational framework for the study of religiosity and spirituality in the lives of African Americans. *Journal of Community Psychology*. 2001 Sep; Vol 29(5): 519-539.**

Religiosity and spirituality are defining features of African American life. However, within psychology, research on African American religiosity and spirituality has proceeded without benefit of a conceptual framework. This paper labors toward a framework that examines the roles of religion and spirituality in the development and maintenance of social relationships. We review empirical research on the role of religion and spirituality in the lives of African Americans with an eye toward illuminating the affective, cognitive, and behavioral mechanisms through which religion and spirituality shape individual, family, and communal relationships across the developmental span. Future directions for quantitative and qualitative research on African American religious and spiritual life are suggested.

**Dokecki, P.R., Newbrough, J.R., O'Gorman, R.T. (2001). Toward a community-oriented action research framework for spirituality: Community psychological and theological perspectives. *Journal of Community Psychology*. 2001 Sep; Vol 29(5): 497-518.**

Spirituality, once an old and honorable religious term, is ubiquitous in contemporary culture, albeit highly diverse and ambiguous in its usage. In our active interchange involving two community psychologists and a theologian--carried on in the spirit of Lewinian action research and pastoral theology's method of congregational studies--we have returned to that earlier tradition. We are developing a framework for spirituality encompassing human development and community development as two sides of the same coin. The framework provides a community-oriented theoretical account of the dynamics of spirituality and a foundation for action research on the interrelationship of spirituality and community. We begin by describing the context for the development of the framework--the St. Robert project, a participant-observer action research and consultation project ongoing for more

than ten years in a Roman Catholic parish. We then present the framework's elements and conclude by outlining an ongoing empirical inquiry at St. Robert into the nature of spirituality, which has implications for the

field's spiritual dimensions of personal and community experience, especially psychological sense of community.

## Journal of Prevention and Intervention in the Community

**Stevens, S.J. (2001). American-Indian women and health. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 2001; Vol 22(2): 97-109.**

Little research has been conducted on the health status and health-related issues of urban American-Indian women, particularly those who are involved with alcohol or drugs (AOD). Given this gap in knowledge, this study assessed the health status along with health care needs and service provision of 87 AOD-involved American-Indian women (aged 18-55 yrs) living in the southwestern United States. Results indicated high levels of AOD use; experiences of sexual misbehavior; multiple pregnancies with adverse outcomes, including stillbirth and loss of child custody; and need for additional health care services. Recommendations include enhancing the education of health care providers with regard to American-Indian women's AOD use and the need for comprehensive, culturally competent, gender-specific AOD treatment services.

**Waters, C.M., Times, R., Morton, A.R., Crear, M., Wey, M. (2001). Perception of health status and participation in present and future health promotion behaviors among African-American women. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 2001; Vol 22(2): 81-96.**

Described the perceived health status, current health-promotion behaviors, and interest in participating in future health-promotion activities among 53 African-American women (aged 20-72 yrs). The researchers then sought to determine if there was an association between perceived health status and current health-promotion behaviors, and between perceived health status and interest in participating in future health-promotion activities. In general, the Ss reported being physically inactive, eating primarily a low-fat diet, not smoking cigarettes or drinking, and coping fairly well with stress, but not eating the daily recommended 5 servings of fruits and vegetables. Perceived health status was not associated with current health-promotion behaviors or interests in participating in future health-promotion activities. A majority of the women were interested in participating in future health-promotion activities, such as a women's health program, nutrition improvement, and moderate physical activity, indicating potential opportunities for health promotion interventions that engage African-American women in healthier lifestyles. To help an individual make a future change, health-promotion interventionists must understand the individual's present behavior in the context of that culture.

**Reif, S., Dennis, M.L. (2001). Reduction of co-occurring distress and HIV risk behaviors among women substance abusers. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 2001; Vol 22(2): 61-80.** Evaluated the influence of participating in an enhanced HIV risk-reduction project on reducing women's co-

occurring distress. Study Ss were 206 predominantly African American women (aged 18-over 46 yrs) who participated in a study that provided AIDS outreach to crack and injection drug users. The Ss participated in a 2-session standard risk-reduction intervention and were then randomly assigned to either receive no further intervention or to participate in an additional 3-session-enhanced intervention. Co-occurring distress was measured at intake and at 3 mo after the intervention. The reduction in co-occurring distress was much more substantial for Ss receiving the enhanced intervention. In addition, the difference in reduction of co-occurring distress between the standard and enhanced intervention groups was the greatest for women who reported the highest levels of baseline co-occurring distress. These findings suggest that a longer, more personalized intervention may be expected to produce greater positive changes in the lives of women who exhibit a high degree of distress. Reduction in co-occurring distress can improve women's quality-of-life and may enhance their ability to subsequently reduce their HIV risk behavior.

**Powers, D., White, J. (2001). The influence of sexual orientation on health behaviors in women. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 2001; Vol 22(2): 43-60.**

The purpose of this article was to (1) examine the relationship between self-chosen sexual orientation labels and other sexual orientation measures and (2) compare the health related behaviors of women of diverse sexual orientations based on simple sexual orientation measures. The Ss in this study were women aged 18-74 yrs recruited via public announcements in mainstream and minority communities to participate in a randomized trial of breast cancer risk counseling strategies. Sexual orientation, relevant health behaviors and other outcomes related to breast cancer risk and screening were measured. No single measure of sexual behavior or desire appears to accurately measure lesbian sexual orientation. Lesbians were found to participate in mammography and Pap testing at significantly lower levels than bisexuals and heterosexuals. These data add to the growing body of knowledge on lesbian health and point to areas of community action and future research.

**Bryan, A.D. (2001). Performance of breast self-exam: An interaction with age. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 2001; Vol 22(2): 7-22.**

Breast cancer is a significant health threat for women and is currently the second-leading cause of cancer-related deaths in women. When breast cancer is diagnosed early in the disease process, the probability of survival is quite high, but when diagnosis is made at a later stage, mortality increases dramatically. Thus, early detection is crucial, and monthly breast self-exam (BSE) is recommended for all women over the age of 20. Despite this recommendation, adherence to BSE guidelines is quite

low. The current study investigated the role of perceived susceptibility to breast cancer as it relates to the performance of BSE among a sample of 166 community women (aged 22-64 yrs). As hypothesized, a significant interaction between perceived susceptibility and age was found such that perceived susceptibility was significantly positively related to BSE performance for older women but was not related to BSE performance among younger women. Although there are certainly other variables associated with BSE performance, the implications of this particular finding for the design of interventions to increase BSE performance are discussed.

**Keys, Ch.B., Factor, A.R. (2001). Building community coalitions with people with disabilities and their families: An empowerment approach. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 2001; Vol 21(2): 91-112.**

Questions how community professionals can help build coalitions that empower members of marginalized groups. The authors examine the building of rural, suburban, and urban coalitions on aging and developmental disabilities that sought to empower people with disabilities and their families. The coalitions addressed 4 issues: identifying local leaders, recruiting people with disabilities and family members, creating the chemistry of collaboration, and sustaining coalition activities. It is noted that in order to empower members of marginalized groups, a critical mass of coalition leaders and members need to intend and then act to empower. 13 propositions are advanced concerning building empowering community coalitions.

**Dowrick, P.W., Power, Th.J., Manz, P.H., Ginsburg-Block, M., Leff, S.S., Kim-Rupnow, S. (2001). Community responsiveness: Examples from under-resourced urban schools. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 2001; Vol 21(2): 71-90.**

Notes that the ability of university-based programs to be responsive to the community takes more than good will and topical expertise. The needs are more pressing than ever in urban schools in low income communities, where students with disabilities receive the least resources. This article describes a 6-element approach of community responsiveness applied in the context of elementary schools. These elements include (1) community identification of its needs and strengths; (2) establishing a place in the system; (3) working as a resource; (4) building community capacity; (5) creating and using positive images; and (6) data-based, participatory evaluation. The authors illustrate this approach with the Accelerated Community Empowerment Reading (literacy) and Playground, Lunchroom, And Youth Survival (safe and productive recess) programs. These programs are fully inclusive of children with and without identified disabilities, and are designed to reduce the likelihood of special education classifications. These main outcomes indicate the potency of community capacity building on student, school, and systems development, using criterion-based monitoring and positive frameworks.

**Balcazar, F.E., Keys, Ch.B., Suarez-Balcazar, Y. (2001). Empowering Latinos with disabilities to address issues of independent living and disability rights: A capacity-building approach. *Journal of***

***Prevention and Intervention in the Community*. 2001; Vol 21(2): 53-70.**

Notes that Latinos with disabilities have historically been underrepresented in efforts to set the disability agenda and promote disability rights. This manuscript describes a capacity-building approach to community empowerment. The goal was to empower Latinos with disabilities, increasing their degree of control over services and decisions that directly affect them. The capacity-building approach is grounded in a contextual/behavioral model of empowerment of people with disabilities. This approach emphasizes developing partnerships with local advocacy organizations and encourages active participation of people with disabilities and their families in identifying and addressing their own needs. Such capacity-building includes 6 steps: (1) community entry and project planning; (2) identifying community concerns and strengths; (3) community organizing; (4) action planning; (5) monitoring and feedback; and (6) sustaining community organizing efforts. The authors illustrate the process with an example of an effort to promote compliance with the American with Disabilities Act in the Latino communities, which resulted in over 70 actions and 24 outcomes over a period of 10-16 mo.

**Jason, L.A., Kolak, A.M., Purnell, T., Cantillon, D., Camacho, J.M., Klein, S., Lerman, A. (2001). Collaborative ecological community interventions for people with chronic fatigue syndrome. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 2001; Vol 21(2): 35-51.**

Notes that a key value of community psychology research is the collaborative relationship between researchers and the actual groups under study. This article provides an example of a long term, multidimensional, collaborative, and ecologically-oriented research and action approach. This collaboration involved researchers and students at an urban university and a self-help organization of patients diagnosed with chronic fatigue syndrome. Epidemiological research and needs assessments laid the foundation for advocacy and program development efforts. These efforts in turn gave rise to further, more focused research and evaluation. It is concluded that the social construction of knowledge and the initiation of social change from an ecological perspective best involves interdisciplinary and community collaboration.

**White, G.W., Nary, D.E., Froehlich, A.K. (2001). Consumers as collaborators in research and action. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 2001; Vol 21(2): 15-34.**

Discusses the role of consumers as collaborators in disability research conducted in the community. A comprehensive model of participatory action research is described and illustrated with research and training projects conducted in a collaborative arrangement between researchers and a Consumer Empowered Team. This paper describes how adherence to the model could be conducted in actual research and training settings and produce outcomes valued by the consumers at whom the interventions were targeted. The advantages and caveats to using the consumer as collaborator approach are discussed.

**Dowrick, P.W., Keys, Ch.B. (2001). Community psychology and disability studies. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 2001; Vol 21(2): 1-14.**

Notes that both the field of community psychology and the disability rights movement, including the field of disability studies, have been growing over the last 30 yrs. While common values, principles, and strategies have emerged within these 2 fields, they have often emerged independently and in ignorance of each other. Recognition of the value of community psychology perspectives on disabilities and community action is the motivation both for this special volume and for the disability interest group of the Society for Community Research and Action. In this article, the authors examine the action steps different authors have identified as important in responding effectively to community needs. The authors identify a general model and 3 settings which require an adaptation of this general model. These settings differ in the extent to which the recipients (consumers, people with

disabilities) are already established as a community, and the extent to which providers (agencies, government) have established relationships with that community. The authors offer concluding comments regarding collaboration and knowledge sharing between the field of disability studies and community psychology.

**Garis, J.N. (2001). Individual differences in safe behavior: A safety practitioner's viewpoint. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*. 2001; Vol 22(1): 81-84.**

In order for a safety program to be as effective as possible it must integrate personal, environmental and behavioral factors into a control mechanism aimed at reducing disabling events. In the field, behavior management aimed at hazard identification, job observation, positive and corrective feedback and reinforcement has increased safe behavior and reduced accidents. This is consistent with other behaviorally based safety programs.

## Journal of Primary Prevention

**Vicary, J.R., Karshin, Ch.M. (2002). College alcohol abuse: A review of the problems, issues, and prevention approaches. *Journal of Primary Prevention*. 2002 Spr; Vol 22(3): 299-331.**

Underage drinking and alcohol abuse by college students are of major concern both for the individuals and for all those in the campus community. This paper reviews the extent of the problem currently and in an historical perspective. It also reviews research concerning the immediate and long-term health and social outcomes of binge drinking, along with the "second hand" effects for those around the drinkers. Profiles of those individuals and groups most at risk for problem drinking are suggested. It also provides examples of efforts to prevent or reduce collegiate drinking, including campus-community coalitions, environmental management and social marketing campaigns. Additional resources and further suggestions for a comprehensive prevention effort are included.

**Hughes, T.L., Eliason, M. (2002). Substance use and abuse in lesbian, gay, bisexual and transgender populations. *Journal of Primary Prevention*. 2002 Spr; Vol 22(3): 263-298.**

Despite many gaps in the research on substance abuse and sexual orientation, recent data suggest that, overall, substance use among lesbians and gay men-- particularly alcohol use-- has declined over the past two decades. However, both heavy drinking and use of drugs other than alcohol appear to be prevalent among young lesbians and gay men. Much less is known about bisexual and transgender women and men, but these groups appear to be at heightened risk for substance abuse. This paper describes current research on prevalence and patterns of substance use and abuse in LGBT populations, examines potential risk and protective factors associated with substance abuse in these populations, and discusses implications for prevention, including prevention research.

**Wallace, J.M. Jr, Muroff, J.R. (2002). Preventing substance abuse among African American children and youth: Race differences in risk factor exposure and vulnerability. *Journal of Primary Prevention*. 2002 Spr; Vol 22(3): 235-261.**

To date, a key limitation of the prevention literature has been the paucity of research that examines the extent to which substance use risk factors (RFs) identified in studies of white adolescents generalize to African American (AA; and other non-white) youth. In the absence of research on race differences in RF exposure and vulnerability, current preventive interventions are based on the implicit assumptions that 1) the risk factors for AA and white adolescents' substance use are identical; and 2) that AA and white adolescents are equally exposed and equally vulnerable to these RFs. The purpose of the present study was to begin to examine empirically the "equal exposure and vulnerability" assumption. The paper used J. D. Hawkins et al's cited 1992 article on risk and protective factors for adolescent and young adult substance use as a framework within which to review past RF research and as a guide to identify RFs to examine for race differences in exposure and/or vulnerability. Based upon this review of the existing literature and an analysis of data from the University of Michigan's Monitoring the Future study, the authors found that AA and white seniors' differed significantly in their exposure to more than half of the 55 RFs examined.

**Moran, J.R., Reaman, A. (2002). Critical issues for substance abuse prevention targeting American Indian youth. *Journal of Primary Prevention*. 2002 Spr; Vol 22(3): 201-233.**

Examines prevention programs targeting alcohol and other drug use among American Indian youth. The authors start with a review of what is known about substance use by this population. The authors provide consideration of specific prevention programs for Indian youth within these frameworks: Cognitive/Information

*Abstracts*

**Honig, A.S., Morin, Ch. (2001). When should programs for teen parents and babies begin? Longitudinal evaluation of a teen parents and babies program. *Journal of Primary Prevention. 2001 Sum; Vol 21(4): 447-454.***

Examined the effects of a prenatal intervention for preventing child abuse and neglect. 204 low-education adolescent mothers (aged 13-21 yrs at birth of 1st child) enrolled in an 18-27 mo home visitation intervention program before or after the birth of their 1st child. Ss were classified as low-risk, high-risk intervention graduates, or high-risk drop-outs. Results show that acceptance of high-risk mothers into the program prior to the infant's birth exerted a significant effect in preventing later child abuse and neglect. Child abuse and neglect rates and subsequent parity rates were not different between high-risk intervention graduates and low-risk Ss. Child abuse and neglect rates for both these groups differed significantly from rates of those dropping out of the intervention. Program costs were significantly lower than county foster care costs for children placed because of child abuse. It is concluded that a prenatal initiation program for high-risk pregnant adolescents may provide a cost-effective boost for family mental health and prevent child abuse and neglect by at-risk families.

**Zins, J.E. (2001). Examining opportunities and challenges for school-based prevention and promotion: Social and emotional learning as an exemplar. *Journal of Primary Prevention. 2001 Sum; Vol 21(4): 441-446.***

Discusses barriers and opportunities concerning social and emotional learning (SEL) programs in schools. SEL refers to the knowledge and skills that children acquire through social and emotional-related education, instruction, activities, or promotion efforts that help them recognize and manage emotion, engage in responsible decision making, and establish positive relationships. Barriers to prevention and promotion program development include: (1) increasing the number of schools employing such curricula; (2) leadership issues in initiating and directing SEL efforts; (3) the emphasis of the Individuals with Disabilities Education Act on remediation rather than prevention and promotion services; and (4) inadequate literature concerning SEL program implementation processes. SEL must become a part of the foundation for and integrated into all teacher education classes. All preservice teachers should complete coursework in SEL skills, and SEL field placements should be available. Skillfully implementing, monitoring, and evaluating well-designed SEL programs will increase the likelihood that these efforts will become institutionalized.

**Resnicow, K., Braithwaite, R., Dilorio, C., Vaughan, R., Cohen, M.I., Uhl, G.A. (2001). Preventing substance use in high risk youth: Evaluation challenges and solutions. *Journal of Primary Prevention. 2001 Spr; Vol 21(3): 399-415.***

Discusses the research challenges for program evaluators posed by programs to prevent substance use among high risk youth, focusing on feasibility, measurement and methodologic issues. Feasibility issues include participant recruitment and retention, identifying high risk youth, and obtaining a control/comparison group. Measurement issues include social desirability bias and instrument reliability; while methodologic considerations include attrition (selective and differential), inadequate

implementation and variable dose, low statistical power, contamination of comparison groups, and low literacy skills of Ss. For each of these challenges specific solutions are offered for researchers and practitioners. In general the solutions relate to 3 themes: (1) incorporation of evaluation early into program design, (2) development of a strong partnership with program staff, and (3) the need for flexibility. Also addressed are the need to acknowledge possible bias toward documenting positive outcomes as well as the need to customize evaluation designs for different settings and populations.

**St-Pierre, T.L. (2001). Strategies for community/school collaborations to prevent youth substance abuse. *Journal of Primary Prevention. 2001 Spr; Vol 21(3): 381-398.***

Describes challenges and workable strategies reported by a diverse group of 11 community-based organizations for developing and maintaining collaborative relationships with schools to plan and implement unified approaches to prevent youth substance abuse. Strategies recommended by community-based organizations for effective collaborations with schools are described within 4 categories: (1) establishing the collaboration; (2) maintaining cooperation with schools during program implementation; (3) addressing cultural issues; and (4) institutionalizing the collaborative programs. The need to tailor community prevention efforts to the specific context of each community is emphasized.

**Johnson, C.H., Vicary, J.R., Heist, C.L., Corneal, D.A. (2001). Moderate alcohol and tobacco use during pregnancy and child behavior outcomes. *Journal of Primary Prevention. 2001 Spr; Vol 21(3): 367-379.***

Investigated the behavioral consequences for children of intrauterine exposure to low to moderate alcohol and tobacco use by their mothers. Results were based on interviews and mothers' (98 23-27 yr olds) self-reports of substance use during pregnancy and perceived problem behaviors in their children (ages infancy to 12 yrs). Results show that mothers who reported using alcohol and/or tobacco while pregnant have children whom they report as having higher levels of antisocial, undesirable and challenging behaviors than children of nonusing mothers. Undesirable behaviors included distractibility, temper tantrums, low levels of persistence and short attention spans. Using mothers also reported lower levels of desirable behaviors, including being even-tempered, listening to parents, and persisting with a toy until successful. It is concluded that, while outcomes may also be attributable in part to other factors, the effects of alcohol and tobacco should be further explored to inform prevention efforts.

**Kreiner, P., Soldz, S., Berger, M., Elliott, E., Reynes, J., Williams, C., Rodriguez-Howard, M. (2001). Social indicator-based measures of substance abuse consequences, risk, and protection at the town level. *Journal of Primary Prevention. 2001 Spr; Vol 21(3): 339-365.***

Developed 3 sets of measures associated with relative town needs for substance abuse prevention services, and tested the power of the risk index to predict increases in substance abuse consequences and/or risk. The Massachusetts State Needs Assessment Project developed and assessed the social indicator-based measures of substance

abuse consequences, risk, and protection. Structural equation models using longitudinal data from 351 Massachusetts municipalities show that higher levels of the risk index were associated with subsequent increases in the index of substance abuse consequences, when auto-correlation and reciprocal and contemporaneous associations of these indexes were controlled. Similar models indicated that: (1) higher levels of the diversity of non-profit, community-based organizational activities were associated with subsequent declines in the risk index; and (2) an increase in the diversity of these activities for 2 successive yrs was also associated with subsequent declines in the risk index. Theoretical and planning implications are discussed.

**Wunrow, J.J., Einspruch, E.L. (2001). Promoting youth/adult partnerships: The seven circles coalition in Sitka, Alaska. *Journal of Primary Prevention*. 2001 Win; Vol 22(2): 169-185.**

Describes a regional substance abuse prevention coalition in Southeast Alaska that has thoroughly integrated a youth/adult partnership model. The principles and key components of the partnership model are described, followed by an overview of how this model has been incorporated at the community level, and discussion of some of the lessons learned. Since 1994, the Seven Circles Coalition has worked with 11 Southeast Alaska communities to develop and support partnerships that provide youth-focused prevention services using the youth/adult partnership model. Each of these local partnerships serves as a model for other potential youth/adult partnerships in their respective communities.

**Scheier, L.M. (2001). Etiologic studies of adolescent drug use: A compendium of data resources and their implications for prevention. *Journal of Primary Prevention*. 2001 Win; Vol 22(2): 125-168.**

Reviewed etiological studies canvassing 5 major domains of adolescent drug use risk. The 5 domains reflect unique facets of risk that are central to many current prevention approaches and include: peer social influences, family (parenting) processes, expectancies (cognitive motivations), social skills and personal self-management strategies, and personality factors. Each domain is discussed with regard to major theoretical issues, important studies that help to clarify risk mechanisms, and major findings. A 6th area covering studies of multi-ethnic youth and ethnic-specific risk mechanisms also is reviewed in the

context of augmenting previous empirical findings. A final section addresses 2 concerns: (1) the need for a comprehensive model of developmental vulnerability; and (2) utilization of information stemming from a long tradition of developmental etiology to enhance the efficacy of drug abuse prevention.

**McMahon, S.D., King, C., Mautz, B., Jason, L.A., Rossi, J.S., Redding, C.A. (2001). Worksite interventions: A methodological exploration and pilot study promoting behavior change. *Journal of Primary Prevention*. 2001 Win; Vol 22(2): 103-124.**

Explored the use of multiple methods for conducting preventive interventions as based on the stages of change model conceptual framework, and examined the use of 3 empirically supported interventions (expert systems, group support, and self-help manuals) in pilot studies of worksite smoking cessation promotion at 2 companies. From an administrative firm, 10 people signed up for the program, and from a manufacturing firm, 9 people participated. The results show that participants rank-ordered the group as the most useful component of the program, the expert system as the 2nd most useful, and the self-help manuals as the 3rd most useful part of the system. They also reported that the combination of groups, expert system and manuals were helpful in their efforts to move through the stages. It is concluded that implementation of these 2 pilot programs in the worksite provides initial evidence of the feasibility of a theoretically-based multi-method approach to intervention.

**O'Hare, Th. (2001). Substance abuse and risky sex in young people: The development and validation of the Risky Sex Scale. *Journal of Primary Prevention*. 2001 Win; Vol 22(2): 89-101.**

Developed and examined the factor structure, concurrent validity and reliability of the Risky Sex Scale, a measure of drinking-related sexual risk behaviors. Ss were 361 sexually active undergraduates who were cited for their 1st time for university substance abuse violations. Results of confirmatory factor analysis show that a 3-factor solution appears to fit the data significantly, and 3 subscales (risky sex expectancies, risky sex behavior and gender-based perceptions of risky sex) demonstrate good to excellent reliability and vary significantly with problem drinking, context-related drinking, and gender-context interactions. Implications for prevention are discussed.

## Prevention and Treatment

**Kohn, L.P., Chavous, T.M. (2002). How far have we come--where should we go? Representatives of the next generation of prevention researchers respond to Biglan, Eddy, Ialongo, Roosa, and Sandler. *Prevention and Treatment*. 2002 Jan; Vol 5: NP.**

Comments on articles by A. Biglan and K. Smolkowski, J. M. Eddy et al, N. Ialongo, M. W. Roosa et al, and I. Sandler and L. Chassin (see records 2002-14012-001, 2002-14012-002, 2002-14012-003, 2002-14012-004, and 2002-14012-005) about the state and future of prevention science fields. In these articles, the authors articulate several challenges and values, which they believe are crucial for the future of prevention science. These discus-

sions are drawn from the authors' experiences as researchers, academicians, and practitioners over the past several decades, a time when the field has been in the process of building theoretical, conceptual, and methodological foundations as well as establishing itself as a discipline in and of itself. In this commentary, the authors review and critique the aforementioned articles, focusing on the progress that has occurred within the field. They also point out several needs that were apparent during their training and subsequent entry into the ranks of the field. They then discuss the remaining gaps in the field, which were not addressed or inadequately explored. They conclude by summarizing the arguments presented in this

special issue and presenting some commentary of their own, related to prevention, psychology, and the new millennium.

**Sandler, I., Chassin, L. (2002). Training of prevention researchers: Perspectives from the Arizona State University Prevention Research Training Program. *Prevention and Treatment. 2002 Jan; Vol 5: NP.***

This paper describes the model of training in prevention research based on 15 years of experience at the Prevention Research Training Program at Arizona State University (ASU). Prevention researchers are being trained to work in a broad, dynamic field of action research, which includes testing theoretical models of development, as well as the development, evaluation, and dissemination of interventions to improve a range of health, mental health, and substance use outcomes. Predoctoral and postdoctoral fellows at ASU design their training experiences to improve their skills in working in interdisciplinary teams conducting this research and to acquire practical skills to develop a successful research career. Future directions for prevention research training are proposed.

**Rossa, M.W., Dumka, L.E., Gonzales, N.A., Knight, G.P. (2002). Cultural/ethnic issues and the prevention scientist in the 21st century. *Prevention and Treatment. 2002 Jan; Vol 5: NP.***

Minorities are overrepresented among high-risk groups, but only recently has progress been made in understanding how ethnicity/culture matters in developing, implementing, or evaluating prevention programs for these groups. Few prevention programs are developed specifically to fit the ecological niches, needs, and values of minority groups. We highlight several areas in which enhanced training for future prevention scientists is needed for improved prevention services for minority groups to become a reality including: (a) the role of values in guiding behavior and the content and attractiveness of prevention programs; (b) the importance of enculturation and acculturation in the mental health of many minority groups; (c) the need for theory, research, and methods about measurement equivalence to become a fundamental tool for prevention scientists; and (d) a process approach to developing culturally competent preventive interventions.

**Ialongo, N. (2002). Wedding the public health and clinical psychological perspectives as a prevention scientist. *Prevention and Treatment. 2002 Jan; Vol 5: NP.***

The author elaborated on his principles and theoretical perspectives as a clinical psychologist and mental health prevention researcher after 12 years of working in a school of public health. Described are principles and

perspectives, which represent an integration of the life-course developmental, public health, community epidemiologic, and experimental trials perspectives. Readers are given examples from his own research, as well as that of others, to highlight the strengths of a developmental epidemiologic and public health framework and its applicability to clinical and prevention research. Elaboration of the strengths of the epidemiologic and public health perspectives was designed not to highlight the weaknesses in the author's clinical psychology training but to highlight how exposure to the public health and epidemiologic perspectives serve to enhance the development of prevention researchers with backgrounds in clinical psychology.

**Eddy, J.M., Martinez, Ch., Morgan-Lopez, A., Smith, P., Fisher, Ph.A. (2002). Diversifying the ranks of prevention scientists through a community collaborative approach to education. *Prevention and Treatment. 2002 Jan; Vol 5: NP.***

Despite an increasingly pluralistic U.S. population and numerous programmatic efforts to diversify the scientific workforce, proportional representation of minorities remains slim in the scientist community. This is especially problematic in the prevention science field, which often focuses on "at risk" sociodemographic populations with overrepresentations of people of color. We posit that diversification could be hastened through the creation and coordination of a variety of educational and training experiences for students and lay people within minority communities. Examples are presented, and recommendations are made for future prevention science training efforts.

**Biglan, A., Smolkowski, K. (2002). The role of the community psychologist in the 21st century. *Prevention and Treatment. 2002 Jan; Vol 5: NP.***

This article describes likely roles for community psychologists in the 21st century. From a public health perspective, one goal of community psychologists is to assist communities in reducing the incidence and prevalence of human behaviors that they view as undesirable. The roles of community psychologists that are implied by this goal include (a) facilitating community decision-making about goals and the programs and policies intended to achieve them, (b) assessing the well-being of community members, (c) articulating which programs and policies are likely to affect targeted problems, and (d) providing consultation and training for the implementation of programs and policies. An infrastructure of national- and state-level organizations will be needed to support the work of psychologists in local communities. Some of the implications of this analysis for the training of community psychologists are delineated.

## Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention

**Klinger, D. (2002). The overeater self and the healthy self within. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention. 2002 Spr; Vol 10(1): 87-91.***

This article describes a psycho-educational class, called "The Overeater Self and the Healthy Self Within", that the author teaches in a residential program for obesity. The author asserts that clients attempting to eliminate

problematic eating behavior without understanding what their use of food has been doing to them is unworkable. It is concluded that helping individuals with eating disorders to be on their own teams, to make an about face and view behavior that they have been despising for so long in a positive light, is difficult, but that once they are able to turn that mental corner, a door is opened to the begin-

nings of psychic reconciliation, of compassion for themselves, of healing.

**Tibaldi, J. (2002). An unfinished story. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2002 Spr; Vol 10(1): 73-80.**

Notes that hope has long been recognized as a vital element of the therapeutic process. It is known that a fair percentage of clients do not recover, yet, to do work effectively, therapists must balance acceptance of a person "as is" with the hope for change. Learning to bear the unfinished chapters is perhaps one of the most difficult lessons, as is indicated in this vignette about a 16-yr-old girl with an eating disorder.

**Pettersen, G., Rosenvinge, J.H. (2002). Improvement and recovery from eating disorders: A patient perspective. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2002 Spr; Vol 10(1): 61-71.**

This study presents a patient perspective on improvement and recovery from eating disorders. 48 women (aged 20-38 yrs) recruited from patient organizations and a university eating disorder unit participated in the study. Ss completed standard questionnaires and a qualitative interview. "A wish to change," professional treatment, nonprofessional care, and important persons in the women's lives were identified as important recovery factors. Recovery included improved acceptance of oneself, interpersonal relations, problem solving, and body satisfaction, which was not entirely dependent on symptom absence. The patient perspective concurred with clinical reasoning about recovery.

**Blaydon, M.J., Lindner, K.J. (2002). Eating disorders and exercise dependence in triathletes. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2002 Spr; Vol 10(1): 49-60.**

203 triathletes completed both the Exercise Dependence Questionnaire (EDQ) and the Eating Attitudes Test (EAT). Cluster and discriminant analysis were performed and reveal that there were 4 distinct groups. Two out of the 4 groups showed high EDQ scores with 1 of these groups displaying an additional eating disorder. The members of the 3rd group only had a high EAT score and the last group showed low scores on both inventories. These 4 dependence groups differed significantly in a number of descriptive variables, but there were few differences between the primary and secondary exercise dependent groups. It is concluded that the existence of primary exercise dependence is demonstrated, but that there is little distinction between it and secondary dependence for the variables examined.

**Ackard, D.M., Brehm, B.J., Steffen, J.J. (2002). Exercise and eating disorders in college-aged women: Profiling excessive exercisers. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2002 Spr; Vol 10(1): 31-47.**

Examined associations among excessive exercise, eating disorders, and selected psychological characteristics in 586 college women (aged 17-55 yrs). Participants were recruited from university classes and administered the Obligatory Exercise Questionnaire, Eating Disorders Inventory--2, Bulimia Test-Revised, and other psychosocial measures. Results indicate that obligatory exercise is best viewed as multidimensional. Strong emotional at-

tachment to exercise was found to be the operative factor linking eating disorders and excessive exercise. These dimensions were used, through cluster analysis, to generate a typology of exercisers. One identified group clearly manifested eating disorder traits and behaviors, as well as signs of psychological disturbance. Another group who exercised with equal intensity but less emotional fixation showed the fewest signs of eating disorders and psychological distress.

**Noordenbos, G., Oldenhav, A., Muschter, J., Terpstra, N. (2002). Characteristics and treatment of patients with chronic eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2002 Spr; Vol 10(1): 15-29.**

This article presents the results of a study of 41 patients (aged 25-53 yrs) with an eating disorder (ED) for 10 yrs or longer. Ss completed open-ended questionnaires regarding their ED. The extensiveness of the answers on questions reveal that their ED completely dominated their life. The authors go on to describe the characteristics of their ED, weight history and BMI, the reasons for the onset of their ED, the physical and psychological complaints and social problems, the process of diagnosing their ED, the treatment history, and the patients' evaluation of their treatments. Finally, the authors describe whether the patient recovered. The article ends with a discussion about possibly improving their treatment and quality of life.

**O'Dea, J. (2002). Can body image education programs be harmful to adolescent females? *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2002 Spr; Vol 10(1): 1-13.**

Evaluated 2 body image education posters to determine whether such preventive strategies have any negative effects on the body image of adolescent females. Female school students (N=328, aged 12-19 yrs) from 6 high schools evaluated 2 body image education posters using a questionnaire. Ss made suggestions for improving the posters and conducting future body image interventions. The posters were rated as not-beneficial by 28% of participants; 35% did not like the posters, and 69% did not want their own copy, the major reason being that self-comparison with the teenage models in the poster made them feel worse about themselves. The 5 Girls poster was rated lowest among older girls. Eight percent of girls did not know what message the posters were meant to portray and 8% received an incorrect or harmful message from the posters. This research suggests that educational initiatives to improve body image in adolescent girls may have negative effects. It is argued that planning of preventive interventions should involve program recipients and the educational materials should be pretested to prevent unintended and potentially harmful outcomes.

**Jersild, A. (2001). Field mice and mustard seeds: Approaching spirituality as a therapeutic tool. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Fal; Vol 9(3): 267-273.**

Voice, power, anger, and self-care are themes that consistently arise in eating disorders therapy and in the world of spirituality as well. Many clinicians shy away from including reference to religious and spiritual matters and in doing so, miss an important opportunity to expand the therapeutic field. This paper highlights how biblical

stories, prayers, and references to spiritual traditions can help patients manage and contain their affects as well as expand their vision of the self.

**Smolak, L., Harris, B., Levine, M.P., Shisslak, C.M. (2001). Teachers: The forgotten influence on the success of prevention programs. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Fal; Vol 9(3): 261-265.**

Since 1986 there have been over 40 studies of eating disorders prevention programs. Some were directed at broad, general audiences and some were aimed at groups that are high risk groups. Most of these prevention programs are school-based and the majority involve at least some classroom-type lessons or discussions. In fact, many of them are curricula, representing a series of lessons to be taught about body shape acceptance, sociocultural determinants of weight concerns, the dangers of dieting, good nutrition, healthy exercise, and the symptoms and treatment of eating disorders. Over half of the programs for elementary school students (aged 6-11 yrs) and approximately a third of the programs for middle school students (aged 11-14 yrs) rely on teachers to implement the curriculum. Moreover, it is reasonable to expect that curricular and other school-based interventions will be successful on a large scale to the extent that they can be applied by teachers rather than expert professionals. The primary goal of this article is to consider how to best engage teachers in the prevention efforts.

**Lindeman, M., Stark, K. (2001). Emotional eating and eating disorder psychopathology. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Fal; Vol 9(3): 251-259.**

The study examined to what extent emotional eating, restrained eating, and bulimic tendencies are found together in naturally occurring groups, and whether these groups differ in terms of the psychological characteristics relevant to eating disorders. 127 normal-weight women (aged 20-58 yrs) filled in The Dutch Eating Behavior Questionnaire, The Eating Attitudes Test, The Eating Disorder Inventory, and five measures of psychological well-being. Cluster analysis revealed three dieter subgroups (Normal Dieters, Emotional Dieters, and Bulimic Dieters) and one nondietergroup. The results showed that only some restrained eaters were emotional eaters and that only some emotional eaters had bulimic tendencies. In addition, emotional and bulimic dieters differed from nondieters more strikingly in terms of eating disorder psychopathology and low psychological well-being than normal dieters did. The results suggest that emotional eating is not responsible for overeating only but may, in concert with chronic dieting, also relate to the general psychopathology found to underlie eating disorders.

**Ackard, D.M., Neumark-Sztainer, D. (2001). Family mealtime while growing up: Associations with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Fal; Vol 9(3): 239-249.**

The purpose of this study was to examine associations between bulimia nervosa and family meals. 560 Female college students (aged 17-55 yrs) completed surveys assessing eating disorder pathology, family meal frequency, and family environment. Results indicate that dinner was the meal most frequently shared with family

members. The frequency of eating dinner together as a family was inversely associated with scores on two measures of bulimia, and these associations remained statistically significant after controlling for other familial factors. Familial variables associated with bulimic symptoms included low cohesion and independence, and high achievement orientation. While results indicate that bulimic behaviors are inversely associated with the frequency of a family dinner, these relationships need to be explored within the context of broader family dynamics. Individuals working in primary and secondary prevention settings should evaluate family meal-patterns and dynamics in families with a member with an eating disorder.

**Latzer, Y., Shatz, S. (2001). Disturbed attitudes to weight control in female kibbutz adolescents: A preliminary study with a view to prevention. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Fal; Vol 9(3): 225-237.**

This preliminary study is an attempt to determine the scope of the problem among 38 adolescent girls (aged 12-17 yrs) and their significant others, in a kibbutz in northern Israel. Self-evaluation questionnaires were used to examine attitudes and characteristics related to eating and body image, in addition to a questionnaire for evaluation of knowledgeability and attitudes among the adolescents' significant others. It was found that 85% of adolescent girls were dissatisfied with their figure, 63% were considering a diet, and 60% were afraid of losing control over their weight. 55% of significant others did not think that eating disorders were more prevalent in families with fallacious attitudes about physical build and eating, and 50% thought that pubescent girls should be encouraged to diet. In addition, a group at risk for developing eating disorders was found. Significant differences in all the indicators were found between the latter group and the other girls. The findings reinforce those of research studies from other Western countries, and establish the need for a community prevention program at three levels of prevention, targeting the community in general and focusing on adolescents' significant others as agents of change.

**Cooper, M., Galbraith, M., Drinkwater, J. (2001). Assumptions and beliefs in adolescents with anorexia nervosa and their mothers. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Fal; Vol 9(3): 217-223.**

A pilot study examined the specific cognitive content of female adolescents (aged 12-18 yrs) with anorexia nervosa. The relationship between daughter and mother concerns, and concerns in mothers, also were investigated. All participants completed a measure of assumptions and negative self-beliefs related to eating disorders. Adolescents with anorexia nervosa scored more highly on all subscales of the measure than nonclinical adolescent controls. There were significant daughter-mother relationships on two subscales in the clinical, but not the nonclinical, group. However, the two groups of mothers did not differ on any subscale. Possible explanations for the findings, and implications for treatment and research, are briefly considered.

**Tantillo, M., Nappa-Bitter, C., Adams, B. (2001). Enhancing readiness for eating disorder treatment: A relational/motivational group model for change. *Eat-***

**ing Disorders: The Journal of Treatment and Prevention. 2001 Fall; Vol 9(3): 203-216.**

Relational theory asserts that women with eating disorders require mutually empathic and empowering relationships to work through the intense denial, ambivalence, and fear that keep them stuck in early stages of change. This paper presents an integrated relational/ motivational group model (contemplation group) for women with eating disorders. The paper begins with a discussion of limitations related to motivational group work that was not informed by a psychology of women. Next, the paper addresses how Relational theory complements and enriches a group approach based on stages of change theory and motivational interviewing. A group redesign process involving close collaboration with recovered peers is discussed. The new integrated group model is then presented. The paper ends with a review of implications for practice of and research into effective motivational approaches for women with eating disorders.

**Mehler, P.S., Crews, C.K. (2001). Refeeding the patient with anorexia nervosa. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention. 2001 Sum; Vol 9(2): 167-171.***

Successful treatment of patients with anorexia nervosa is possible when a multidisciplinary team consisting of a mental health professional, a dietician, and a medical professional with expertise in eating disorders direct treatment. One of the primary goals of treatment is the restoration of weight. Weight restoration and eradication of the starvation state allow the cognitive improvement necessary for patients to participate in individual, group, and family treatment. Refeeding by oral, enteral, or parenteral routes is a cornerstone of treatment, but must be undertaken with care in order to avoid the widespread dysfunction associated with the constellation of metabolic complications termed the refeeding syndrome, including hypophosphatemia.

**Botwin, S. (2001). A warrior prevails. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention. 2001 Sum; Vol 9(2): 177-183.***

Becoming a psychotherapist has been compared to learning a craft or becoming a fine artist. It is not surprising that one of the most important opportunities for growth is in the therapist's own personal treatment. This paper is on the internalization of the therapist as an aid to healing. By internalizing the therapeutic alliance, change occurs in the way one thinks, feels, and functions in relationships. The article discusses many components related to the importance of the therapist as an internal object related to the authors' own work in therapy and in the author's work with her patients, primarily with women and teens in recovery eating disorders, abuse, trauma, and loss. As the author recovered from her experiences of childhood abuse while in therapy, she took what she internalized from her own therapist as a model to foster connection and healing in her patients. Three vignettes illustrate how internalization and the creation of paths for change occurred in individual and group sessions.

**Sherman, R.T., Thompson, R.A. (2001). The rope trick. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention. 2001 Sum; Vol 9(2): 173-176.***

Body image disturbance is not only an eating disorder symptom, but also an impediment to the patient's treat-

ment and progress. The authors discuss the use of the "rope trick" they developed to assist patients in being aware of this disturbance without actually measuring the patient's "fat" body parts, assuming that measurement with numbers or weights would be unhelpful, if not antitherapeutic. The "rope trick" consists of asking the patient to estimate the size of her waist using a small diameter 48-inch rope. The rope is then placed around the patient's waist and the estimated and real measurements are compared. Invariably, the patient's estimate is significantly larger than the real measurement. Patients often respond with disbelief and some claim that they have been tricked. As an assessment tool, the "rope trick" allows the therapist to see what the patient sees; the magnitude of the patient's body image disturbance often appears to reflect the seriousness of her disorder or the size of her need to protect her symptoms. At the initial assessment, the "rope trick" can help create a little doubt in the patient's mind regarding her size and shape. Later in therapy, it can be used as a reality check when the patient feels fat or that she has gained too much weight.

**Latzer, Y., Tzischinsky, O., Epstein, R. (2001). Sleep-wake monitoring in women suffering from anorexia nervosa. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention. 2001 Sum; Vol 9(2): 159-166.***

Although there is evidence that some anorexia nervosa (AN) patients have sleep abnormalities, no studies of their sleep-wake cycles in a natural environment have yet been reported. The purpose of this naturalistic study was to evaluate sleep disorders and sleep-wake cycles in 21 female patients with AN (ages 13-26 yrs) and 16 healthy age-equated controls. The study also compared the use of objective (the actigraph) vs subjective (self-report questionnaires) methods of evaluation. Sleep-wake patterns were monitored using the ambulatory monitoring mini-actigraph for 1 week. Each S also completed 2 self-report questionnaires (the Mini-Sleep Questionnaire and the Standard Technion Clinical Sleep Questionnaire) and a sleep diary. The self-report questionnaires revealed significantly more sleep disturbances in AN Ss than in controls, whereas the ambulatory sleep data revealed no significant differences between the 2 groups in sleep-wake cycle parameters.

**Tsiantas, G., King, R.M. (2001). Similarities in body image in sisters: The role of sociocultural internalization and social comparison. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention. 2001 Sum; Vol 9(2): 141-158.***

The sociocultural theory of body image disturbance states that Western women experience pressure from sources such as parents, peers, and the media to maintain thinness. Social comparison theory emphasizes the role of comparing one's appearance to others. Similarities in body image disturbance; awareness and internalization of sociocultural messages regarding thinness; and sibling social comparisons were examined in 41 pairs of closest-in-age sisters (mean age 20.7 for older sisters and 18.6 for younger sisters) through self-report questionnaires, including the Sibling Appearance Questionnaire, the Eating Disorder Inventory--Body Dissatisfaction Subscale, and the Body Image Questionnaire-16. Sisters showed similar levels of body image disturbance and sociocultural awareness and internalization. Sibling comparisons were negative for younger sisters but neutral

or positive for older sisters. Sociocultural internalization predicted body dissatisfaction in both sisters, and body size distortion in younger sisters. Negative sibling comparisons during teenage years predicted body size distortion and body dissatisfaction in younger sisters, and preference for thinness in older sisters.

**Lesar, M.D., Arnow, B., Stice, E., Agras, W.S. (2001). Private high school students are at risk for bulimic pathology. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Sum; Vol 9(2): 125-139.**

The objective of this study was to assess whether private high school students constitute a group that is at high risk for eating pathology, focusing on bulimic pathology. Female and male public (N = 368) and private (N = 97) high school students (ages 13-19 yrs) were compared on self-reported eating disordered attitudes and behaviors. Ss completed the Eating Disorder Examination Questionnaire, the Eating Disorder Inventory, and the Restraint Scale (a measure intended to identify chronic dieters). Private high school students reported elevated eating disordered attitudes and behaviors when compared with students from public schools. The results were somewhat stronger for females than males. The findings suggest that private high school students are a group at high risk for eating pathology. The identification of such high risk groups may facilitate etiologic studies and aid in the implementation of targeted prevention programs.

**Buddeberg-Fischer, B., Reed, V. (2001). Prevention of disturbed eating behavior: An intervention program in Swiss high school classes. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Sum; Vol 9(2): 109-124.**

A prospective study to examine the effect of school-based health promotion lessons on disturbed eating behavior and eating disorders symptomatology was carried out subsequent to an epidemiological study on eating behavior in adolescents, including administration of the Eating Attitudes Test (EAT-26). Ss in the eating disorders prevention project (developed at the Zurich University Hospital) were 314 public secondary students (ages 14-19 yrs) from 20 classes (10 intervention and 10 control classes) with a high percentage of students at high risk for the development of eating disorders as identified by scores of 10 or above on EAT-26. The prevention program focused on social aspects of eating and body image, knowledge of physiology and nutrition, and psychological well-being. Three 90-min intervention lessons were carried out at monthly intervals. Follow-up questionnaires were administered 12 and 18 mo after the initial screening. Data analyses revealed improvements in dieting behavior and physical well-being of students with disturbed eating behavior. Aside from the effect on the individual student, the prevention program also had effects on the school environment and community environments.

**Gurney, V.W., Halmi, K.A. (2001). Developing an eating disorder curriculum for primary care providers. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Sum; Vol 9(2): 97-107.**

As the number of eating disorder cases rises, primary care providers are increasingly called upon to diagnose and treat eating disordered patients. Unfortunately, few primary care providers have the necessary experience and

training to adequately treat these patients. The Eating Disorder Curriculum for Primary Care Providers has been developed and implemented specifically to address this lack of training. This is accomplished through basic didactic sessions and individualized instruction on the specifics of manualized treatment in the primary care setting. The curriculum teaches providers how to identify early warning signs, assess eating disorder symptoms, and motivate the patient to receive help. The overall goal is to improve the rate of early detection and effective intervention in local medical clinics by creating a multidisciplinary team skilled in eating disorder treatment. An outline of a core curriculum for social workers is included.

**Sansone, R.A. (2001). Patient-to-patient e-mail: Support for clinical practices. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Win; Vol 9(4): 373-375.**

Support groups are reported as helpful for some individuals with eating disorders. Such groups enable information sharing as well as support with recovery. For clinicians with small numbers of eating disorder patients in their practices, support groups within the practice are not feasible. However, with the availability of the Internet, clinicians may facilitate support between 2 or more similarly afflicted patients through an e-mail connection. The selection and matching of patients is described, as well as the potential benefits and risks of this type of adjunctive intervention. Overall, this type of support appears to be a positive experience for patients.

**Clinton, D. (2001). Expectations and experiences of treatment in eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Win; Vol 9(4): 361-371.**

The present study presents the development of a self-report measure of treatment expectations and experiences for eating disorder patients. 461 patients participating in a Swedish multi-center study (aged 15-49 yrs old) who had been followed-up 6 mo after initial assessment were examined on the Eating Disorder Patient's Expectations and Experiences of Treatment Questionnaire (EDPEX). The scale consists of 14 items comprising 3 subscales (Support, Control, and Insight). Separate versions were used for measuring expectations and subsequent experiences of treatment interventions. Inter-item reliability was satisfactory, and principal components analysis reflected the scale structure. When treatment experiences and change in eating disorder and psychiatric symptomatology were used to predict treatment satisfaction, experiences of support alone predicted 22% of the variance in treatment satisfaction one year later. The EDPEX can be a useful and economical measure for assessing treatment expectations and experiences among eating disorder patients.

**Pendleton, V.R., Willems, E., Swank, P., Poston, W.S.C., Goodrick, G.K., Reeves, R.S., Foreyt, J.P. (2001). Negative stress and the outcome of treatment for binge eating. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Win; Vol 9(4): 351-360.**

This study investigated the ability of negatively versus positively perceived stress to predict outcome of treatment for binge eating disorder (BED). Participants were

62 obese women (aged 25-60 yrs old) satisfying the Mental Disorders-IV (DSM-IV) research criteria for BED. Stress was measured using an instrument based on the Recent Life Change Questionnaire (RLCQ). Participants experiencing high negative stress during the study period reported a binge eating frequency 3 times greater than that reported by Ss experiencing low negative stress (2.14 vs 0.65 binge-days/week). Negative stress predicted how fast an individual would reduce binge eating and demonstrated more predictive power than positive stress.

**Leung, F., Lam, S., Sze, S. (2001). Cultural expectations of thinness in Chinese women. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Win; Vol 9(4): 339-350.**

The present study examined the ideal woman's figure among Chinese people in Hong Kong over the past 3 decades by analyzing the data from the Miss Hong Kong Beauty Pageant from 1975-2000. Results indicate that Miss Hong Kong Pageant winners and Miss Photogenic winners have always been taller and thinner than average women in Hong Kong. The data also suggest that a curvaceous body shape with a narrow waist set against full hips appears to be an important component of feminine beauty among the Chinese. This ideal matches closely to what has been depicted in classical Chinese literature and challenges the commonly held belief that Chinese feminine beauty standards value plumpness.

**Grave, R.D., De-Luca, L., Campello, G. (2001). Middle school primary prevention program for eating disorders: A controlled study with a twelve-month follow-up. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*. 2001 Win; Vol 9(4): 327-337.**

The aim of this pilot study was to evaluate the efficacy of a new school-based eating disorder prevention program designed to reduce dietary restraint and the level of pre-occupation with regard to shape and weight. 106 (61 females and 45 males) 11 to 12 yr-old students were evaluated, 55 of whom participated in the program (experimental group). An additional 51 students formed the control group. The program met for 6 sessions, 2 hrs per session. After 6 mo, the experimental group received 2 booster sessions of 2 hrs in 2 consecutive weeks. Outcome measures included the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), the children's version of the Eating Attitudes Test (EAT), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), and a Knowledge Questionnaire (KQ) devised by the authors of the program. The questionnaires were administered in both the experimental and control groups, one week before the intervention, one week afterwards, and at 6-mo and 12-mo follow-ups. Unlike a previous school-based eating disorder prevention program, in the experimental group both an increase in knowledge and a decrease in some attitudes were maintained at 12-mo follow-up (Eating Concerns EDE-Q scores).

**Smolak, L., Levine, M.P. (2001). A two-year follow-up of a primary prevention program for negative body image and unhealthy weight regulation. *Eating Disorders: The Journal of Treatment***

## Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment

Duncan, T.E., Duncan, S.C., Strycker, L.A., Li, F. (2002). A latent variable framework for power estimation within intervention contexts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2002 Mar; Vol 24(1): 1-12.

Presents a latent growth SEM approach for the estimation of treatment effects, and power to detect such effects, within a true experimental design setting in which Ss are randomly assigned to treatment and control conditions. It is noted that although researchers have become increasingly sophisticated in applying tests for statistical signifi-

cance in intervention contexts, few are aware of the power of these tests. The issues raised in this paper are not new; however, reminding researchers to consider these points is said to be important. Exactly how the researcher handles these issues will depend on the questions asked and the resources available, as well as other considerations. Discussion underscores the relationship between the reliability of a study's measures and concomitant increases in power obtained within the SEM framework.

## Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies

McCubbin, M., Balling, K., Possin, P., Friedrich, Sh., Bryne, B. (2002). Family resiliency in childhood cancer. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*. 2002 Apr; Vol 51(2): 103-111.

Based on in-depth interviews with 42 parents (25 mothers, 17 fathers) in 26 families who had had a child treated for cancer within the previous 3 years, resiliency factors

that helped the family recover were identified. The resiliency factors included internal family rapid mobilization and reorganization; social support from the health care team, extended family, the community, and the workplace; and changes in appraisal to make the situation more comprehensible, manageable, and meaningful.

## F Western Journal of Nursing Research

Arnault, D.S. (2002). Help-seeking and social support in Japanese sojourners. *Western Journal of Nursing Research*. 2002 Apr; Vol 24(3): 295-306.

Used grounded theory methodology to examine how cultural factors regulate help seeking and social support in a sample of 25 Japanese sojourners' wives (aged 25-59 yrs) living in America. Culturally based social edicts such as mutual responsibility and in-group solidarity

were found to promote help seeking and social support. In contrast, culturally specific factors such as enryo (polite deference), hierarchy, and the cultural rules governing reciprocity inhibited these behaviors. From these data, a cultural model of social exchange, allowing for cultural diversity, is proposed. This model can increase the effectiveness of nursing interventions aimed at community-based health promotion.





## **Aktuelle Hinweise für AutorInnen**

Der Rundbrief erscheint zweimal im Jahr. Der Redaktionsschluß für Originalarbeiten wird jeweils angegeben (für Heft 2 in 2002: 15. November, für Heft 1 in 2003: 31. März). Publiziert werden Beiträge aus dem Bereich der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung.

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

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

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

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

**Prof. Dr. Jarg Bergold**

**Freie Universität Berlin FB Erziehungswissenschaft, Psychologie und Sportwissenschaft (FB 12)**

**Institut für Klinische Psychologie, Psychologische Diagnostik und Gemeindepsychologie**

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

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

**Prof. Dr. Bernd Röhrle**

**Fachbereich Psychologie Philipps-Universität Marburg**

Gutenbergstr. 18 D- 35032 MARBURG

Tel. (06421) 28-3620; Fax (06421) 28-8929

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

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

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