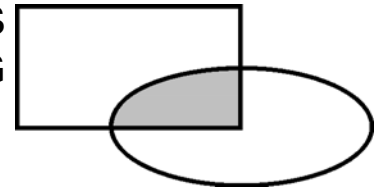


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



6. Jg. ■ Heft 2 ■ April 2010

Inhalt

Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit und Psychiatrie

- 3 Editorial
- 4 *Jochen Persy*
Vom Rechtsbrecher zum Experten
Eine transdisziplinäre Patientenbefragung im Maßregelvollzug
- 7 *Oliver Bilke & Tobias Hellenschmidt*
**Bipolare Störungen und jugendliche Manie –
kaum beachtet im psychosozialen Feld**
- 10 *Michael Gollnow*
Kirchengemeinden als Solidargemeinschaften
Eine Inklusionsoption für psychisch beeinträchtigte Menschen
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum
- 2 Veranstaltungshinweise, Literatur zum Themenschwerpunkt, Erratum
- 12 Veranstaltungshinweis: Herbsttagung von ECCSW/KHSB/ISG

Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V.

DEUTSCHE
GESELLSCHAFT FÜR
SOZIALE ARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis

Zu den Autoren dieser Ausgabe

Oliver Bilke

Dr. med. Oliver Bilke ist Chefarzt der Klinik für KJPPP im Vivantes-Klinikum Friedrichshain, Berlin Neukölln. Schwerpunkte: Abhängigkeitserkrankungen, Depression, Aggressivität, Stationäre Psychotherapie. Kontakt: oliver.bilke@vivantes.de

Michael Gollnow

Michael Gollnow, M.A. Klinische Sozialarbeit, ist Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge (FH) und stellvertretender Einrichtungsleiter des Wohnhauses Dominicusstraße der Pinel gGmbH. Kontakt: ms-gollnow@arcor.de

Tobias Hellenschmidt

Dr. Tobias Hellenschmidt ist Oberarzt der Klinik für KJPPP im Vivantes-Klinikum im Friedrichshain, Berlin Neukölln. Schwerpunkte: Abhängigkeitserkrankungen, Zwangsstörungen, Sexualmedizin. Kontakt: tobias.hellenschmidt@vivantes.de

Jochen Persy

Jochen Persy ist Diplom-Sozialarbeiter (FH), Master of Mental Health (MMH) und Sozialarbeiter in der forensischen Psychiatrie. Kontakt: jochen.persy@zfp-zentrum.de

06./07.05.2010: Soziale Diagnostik und Klassifikation

3. Fachtagung der DGSA mit folgenden Themen: Praxis und Forschungsstand Sozialer Arbeit in ASD, Jugendhilfe, Sozialpsychiatrie, Rehabilitation, Gemeinwesen, Klassifikation in der Sozialen Arbeit.

Veranstalter: Hochschule München (Leitung)
Veranstaltungsort: Klinik Höhenried, Bernried
Informationen/Call for papers:
www.dgsainfo.de/fileadmin/dateiablage/download/Programm_Professionell_ist_was_wirkt.pdf

30.07.2010: Behandlung »gefährlicher« Straftäter

2. Workshop Forensische Sozialwissenschaften mit folgenden Themen: Behandlung von Brandstiftern; Psychotherapeutische Ambulanz der Justiz in Rheinland-Pfalz; Ambulante Behandlung von Straftätern am Zentrum für Integrative Psychiatrie Kiel; Das Forensisch Operationalisierte Therapie-Risiko-Evaluationssystem (FOTRES)

als Instrument zur Abbildung des Behandlungsverlaufs bei Straftätern.

Veranstalter: SRH Hochschule Heidelberg
Veranstaltungsort: SRH Hochschule Heidelberg
Informationen und Anmeldung:
Email.Denis.Koehler@fh-heidelberg.de

15.-17./18.-20.09.2010: Thema Biografieforschung

15.-17.09.2010: 4. bundesweiter Workshop Rekonstruktive Forschung in der Sozialen Arbeit
Vorstellung und Diskussion aktueller Forschungsarbeiten in Arbeitsgruppen (Forschungswerkstatt, aktive und passive Teilnahme möglich) sowie Frageunde für DoktorandInnen.

Tagungsorganisation: Gerhard Riemann, Silke-Birgitta Gahleitner, Ingrid Miethe, Heidrun Schulze
Veranstalter: Hochschule Nürnberg (Leitung)
Veranstaltungsort: Hochschule Nürnberg
Information und Anmeldung:
www.rekonstruktive-sozialarbeitsforschung.de

18.-20.09.2010: Call for Papers zur Jahrestagung »Anwendungsbezüge der Biografieforschung«
Die Jahrestagung der Sektion Biografieforschung der Deutschen Gesellschaft für Soziologie widmet sich dem praktischen Nutzen und den Folgen der Biografieforschung in den unterschiedlichsten Gegenstandsbereichen.

Veranstalter: DGS und ESA
Veranstaltungsort: Hochschule Nürnberg
Information und Anmeldung:
Gerhard.Riemann@ohm-hochschule.de; Thea.Boldt@gmxd.de

Literatur zum Themenschwerpunkt

Bosshard, M., Ebert, U. & Lazarus, H. (2010). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch (4. aktualisierte Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag. 520 Seiten, EUR 29,90. ISBN 978-3-88414-498-5. ■ Die 4. aktualisierte Auflage des etablierten Lehrbuchs beschreibt Methoden, Arbeitsfelder, Rahmenbedingungen, ethische Aspekte Sozialer Arbeit, Krankheitsbilder und Interventionsformen und berücksichtigt neue Entwicklungen und Anforderungen im Bachelor- und Masterstudium. Es bietet dazu Prüfungs- und Lernstoff für alle sozialen Ausbildungsgänge und findet Verwendung als theoretische und handlungsorientierte Grundlage für Praktika, Projekte und Berufseinstieg.

Brückner, B. (2010). Geschichte der Psychiatrie. Basiswissen. Bonn: Psychiatrie-Verlag. Ca. 160 Seiten, EUR 16,95. ISBN 978-3-88414-494-7. ■ Der aktuelle Band der Reihe »Basiswissen« vermittelt, dass historische Kenntnisse unerlässlich sind für ein interessantes, kritisches und engagiertes Verhältnis zur Psychiatrie. Durch das geschichtliche Verständnis werden aktuelle Diskussionen verständlicher, aktu-

elle Anforderungen besser handhabbar. Der Band vermittelt Daten, Fakten und Namen in gut lesbarer, spannender Form und bietet so einen umfassenden Überblick zur Geschichte der Psychiatrie.

Hahn, G. & Stiels-Glenn, M. (2010). Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle und Prävention. Bonn: Psychiatrie Verlag. Ca. 400 Seiten, 39,95 EUR. ISBN: 978-3-88414-491-6. ■ Das Buch bietet die erste umfassende Darstellung der ambulanten Arbeit mit forensischen StraftäterInnen. Das Ziel der Beiträge liegt darin, den stationären Behandlungserfolg in Freiheit zu sichern und Rückfälle zu vermeiden. MitarbeiterInnen in der Forensik, in der Bewährungshilfe sowie der freien Straffälligenhilfe beschreiben, welche Konzepte sie entwickelt haben, um StraftäterInnen zu stabilisieren und sozial zu integrieren. Vorgestellt werden auch spezifische Behandlungsprogramme und Modellprojekte bei häuslicher Gewalt, Sexualdelikten und pädophiler Neigung, die Straftaten und Gewalteskalation verhindern helfen bzw. in der Präventionsarbeit Anwendung finden.

Erratum – Ausgabe 2010 6(1), Seite 10

Als Quelle für die Aufgabenbeschreibung ambulanter Kriminaltherapie wurde fälschlicherweise ausschließlich »Freese, R. (2003). *Ambulante Versorgung psychisch kranker Straftäter*. Lengerich: Pabst« angege-

ben. Ergänzt werden muss hier: »Schmidt-Quenheim, F. & Hax-Schoppenhorst, T. (2008). *Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug* (2. Aufl.). Bern: Huber.«

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner

Hochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld

Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Heike Dech

Alice-Salomon-Hochschule Berlin

Prof. Dr. Peter Dentler

Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz

Alice-Salomon-Hochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner

HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum

Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls

Hochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst

Hochschule Mittweida

Impressum

Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (v.i.S.d.P.) in Kooperation mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Coburg, und der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V., Sektion Klinische Sozialarbeit

Redaktionsteam

Uwe Klein (Leitung)
Kirsten Becker-Bikowski
Silke Birgitta Gahleitner
Gernot Hahn

Anzeigenakquise

G. Hahn, Virchowstr. 27, 90766 Fürth
Tel. 0175/276 1993

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit Berlin
c/o Uwe Klein, Krankenhaus Hedwigshöhe, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Höhensteig 1, 12526 Berlin
Tel. 030/6741 2508 ■ Fax 030/6741 2509 oder:
Tel. 030/6050 0856 ■ Fax 030/6050 0857
Email: zks-berlin@ipsg.de

Layout, Grafik & Schlussredaktion

Ilona Oestreich & Bianca Heers

Druck

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegezitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

Soziotop – diese Formel stammt gar nicht von mir, sondern von K. Sie wollte damit – einer Analogiebildung zu Biotop – gewisse Konstellationen kennzeichnen, über die sie mit Befriedigung das abschließende Urteil fällt: »So geht's eben auch!« (Rutschky, 1982, S. 378)

Die aktuelle Diskussion um Inklusion und Exklusion weist auf eine Ausdifferenzierung von Betrachtungsweisen hin, die eine Auffächerung in historisch-versorgungsstrukturelle, professions- und subjektbezogene Sichtweisen erfordert.

Der Weg von der Ausgrenzung und Auffälligkeiten erzeugenden Anstalt, die ihre eigene Lebenswelt produzierte, hin zu einer Beratung und Behandlung von psychisch kranken oder problembelasteten Menschen am Ort und im Kontext des bisherigen Lebensmittelpunkts führt gegenwärtig zu einer Perspektivenvielfalt, die möglicherweise am ehesten die Etikettierung eines »Paradigmenwechsels« für sich in Anspruch nehmen kann.

So bewegt sich der fachliche Diskurs in einem Dreieck mit dem Ziel einer Befähigung zur Selbstbestimmung und Teilhabe der KlientInnen und ihrer sozialen Netzwerke durch eine beziehungsorientierte Arbeit, durch eine institutionell-materielle Bereitstellung von Unterstützungsangeboten sowie durch Selbststeuerung im Sinne von Empowerment.

Die Forderung nach selbstbestimmtem Handeln aufseiten der KlientInnen, in der Hoffnung auf mit Kostenbegrenzung verbundene Kooperationsmodelle zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern und das Verlangen nach evidenzbasierten Behandlungsmodellen sind Aspekte einer im Umbruch befindlichen »Versorgungslandschaft«, die sich von den in den letzten Jahrzehnten entwickelten Modellen von »Verbundsystemen auf der Anbieterseite« zunehmend entfernt, sie als obsolet erklärt. Life-Coaching (Nelson-Jones, 2006) wird zu einer Inklusionsoption sowohl für MitarbeiterInnen in psychiatrisch-psychozialen Institutionen wie auch für ihre KlientInnen. Beide Seiten aber bewegen sich auch dann noch in dem dialektischen Spannungsfeld zwischen Selbststeue-

rung und Anpassung: Es bleibt eine Suche nach Lebensqualität in einem kapitalistisch determinierten Modernisierungsprozess.

Insofern lässt sich die Debatte um inkludierende und exkludierende Effekte psychiatrisch-psychozialer Institutionen und Angebote nur über eine Sensibilisierung dieser Themenstellung, nicht über Spaltung und retrospektive Entwertung führen. Ob und wie diese Debatte geführt wird hat aber sehr wohl mit der inneren Haltung des Professionellen zu tun – mit seiner Fähigkeit, zwischen verschiedenen Befähigungsmodellen hin- und herzuwandern.

»Ich hatte Beobachtungen zum Problem der Perspektive versprochen: Wie verhalten sich der Beobachter, der Erzähler, der Interpret zu der Geschichte, als die sich ein Soziotop darstellen lässt? Nun, es schaut wohl so aus, daß deren Perspektive unlösbar an die Geschichte, die sie erzählen und interpretieren, gebunden bleibt, das autobiographische Verfahren ... ist bislang nicht zu ersparen; auch wenn im Mittelpunkt der Geschichte Zweite und Dritte stehen, bleibt ihr Erzähler unabweisbar präsent.« (Rutschky, 1982, S. 391)

In seinem Beitrag »Vom Rechtsbrecher zum Experten. Eine transdisziplinäre Patientenbefragung im Maßregelvollzug« verdeutlicht *Jochen Persy* den theoretisch-methodischen Hintergrund, auf dem Patienten der Institution ihre dortige Lebenswelt mittels eines selbst erstellten Fragebogens in den Blick nehmen. Ein herausragendes Merkmal dieser Studie ist ihre Transdisziplinarität, in der die Professionellen zu Beratern der »Experten in eigener Sache«, sprich der Patienten werden.

Oliver Bilke und *Tobias Hellen-schmidt* stellen in ihrem Artikel »Bipolare Störungen und jugendliche Manie – kaum beachtet im psychosozialen Feld« die Notwendigkeit einer sorgfältigen Untersuchung dieser Störungsbilder im Jugendalter heraus. Demnach sollten wahrgenommene Beeinträchtigungen in der Lebensqualität und eingeschränkte psychosoziale Kompetenzen auch auf dem Hintergrund der Frage zugrunde liegender psychischer Probleme differentialdiagnostisch angegangen werden. Die Autoren favorisieren einen multimodalen The-

rapieansatz, der neben psychoedukativen und psychopharmakologischen Anteilen auch lebenswelt- und lebensstilbezogen ist.

Michael Gollnow greift in seinem Text »Kirchengemeinden als Solidargemeinschaften. Eine Inklusionsoption für psychisch beeinträchtigte Menschen« das bisher nur wenig präsente Thema der psychiatrischen Seelsorge heraus. Demnach können Kirchengemeinden und religiöse Gemeinschaften für psychisch beeinträchtigte Menschen ein Inklusionsangebot bereitstellen, das jenseits der Versorgungseinrichtungen der Gemeindepsychiatrie liegt. Die so erbrachte »Soziale Unterstützung« (social support) bewegt sich nicht nur im Bereich konkreter Beratungsleistungen, sondern berührt vor allen Dingen die Frage der Verfügbarkeit von sinnstiftenden Ressourcen.

Es ist Teil der professionellen Identität von Klinischer Sozialarbeit, sich in und zwischen diesen Sichtweisen und Rollen – Behandlung, Beratung, Wegbereitung – verorten, bewegen zu können, um den von den KlientInnen gewünschten Grad der Befähigung, Integration und Inklusion angemessen unterstützen zu können.

»Die Sozialpolitik des beginnenden 21. Jahrhunderts hat eine neue Programmformel: Teilhabe an der Gesellschaft. In Zeiten eines gravierenden ökonomischen, demografischen und politischen Wandels, infolgedessen sich die Chancen auf Erwerbsarbeit und materiellen Wohlstand polarisieren und der Einbezug eines wachsenden Teils der Bevölkerung in die vielfältigen Leistungssysteme der Gesellschaft nicht mehr garantiert werden kann, avanciert gesellschaftliche Zugehörigkeit zu einer neuen Kategorie.« (Wansing, 2005, S. 15)

Für die Redaktion:
Uwe Klein

Literatur

- Nelson-Jones, R. (2006). *Life coaching skills. How to develop skilled clients*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rutschky, M. (1982). Der Zwischenraum. Stücke zu einer Theorie des Soziotop. In M. Rutschky (Hrsg.), *Errungenschaften. Eine Kasuistik* (S. 378-406). Frankfurt: Suhrkamp. (Edition Suhrkamp. 1101.)
- Wansing, G. (2005). *Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion*. Wiesbaden: VS.

Vom Rechtsbrecher zum Experten

Eine transdisziplinäre Patientenbefragung im Maßregelvollzug

Jochen Persy

Im Maßregelvollzug des Zentrums für Psychiatrie Südwürttemberg wurde am Standort Weissenau eine transdisziplinäre Patientenbefragung durchgeführt. Die Patienten waren nicht nur Befragte, sondern sie traten als gestaltende Akteure in Erscheinung.

In diesem Artikel soll für interessierte Kollegen der theoretische Hintergrund für die Betrachtung und Durchführung eines transdisziplinären Projekts dargestellt werden. Der konkrete Verlauf des Projektes und die Ergebnisse können unter folgendem Link in der entsprechenden Arbeit (Persy, 2009) eingesehen werden: www.mmh.hm.edu/pdf/stud_ma/2005/MA_persy.pdf.

Projektbeschreibung

Sechs Patienten waren über einen Gesamtzeitraum von eineinhalb Jahren intensiv damit beschäftigt, einen Fragebogen mit 9 Bereichen und 113 Fragen zu entwerfen und die Befragung durchzuführen. Sie legten die Musterstation fest, auf der die Befragung getestet wurde, und gestalteten die Befragungssituation. Sie entwarfen einen Auswertungsmodus, nach dem die Antworten erfasst wurden, und meldeten die Resultate den jeweiligen Stationen auf Mitarbeiter- und Patientenebene zurück. Sie entwickelten einen Zeit- und Ablaufplan, dessen Ziel es war, den gesamten Geschäftsbereich (97 Patienten auf 6 Stationen) zu befragen und Rückmeldung zu geben. Die Patienten wurden von zwei Mitarbeitern unterstützt, die im organisatorischen Bereich Unterstützung leisteten – inhaltlich waren sie beratend tätig, die Entscheidungen wurden von der Patientengruppe getroffen.

Am Ende des Projektes konnte ein positives Resümee gezogen werden. Es wurde eine sehr gute Rücklaufquote von 73,2 Prozent erreicht. Die Patienten erbrachten im Volumen eine freiwillige Arbeitsleistung von 575 Stunden. Aufgrund der gesammelten Informationen konnte den Stationen ein aktuelles und eindrückliches Meinungsbild zurückgemeldet werden. Es folgten inhaltliche Diskussionen, und es flossen Anregungen aus den Rückmeldungen in Entscheidungs- und Veränderungsprozesse auf den jeweiligen Stationen ein.

Bürgerschaftliches Engagement

Patienten im Maßregelvollzug haben nur sehr begrenzte Möglichkeiten, sich außerhalb des stationären Settings freiwillig, selbstbestimmt und zum Nutzen anderer zu engagieren. Jockusch (2004, S. 18) spricht von der »Zwangs-Intim-Gemeinschaft von Patienten und pflegerischen und therapeutischen Personals.« Grundsätzlich ist diese Gemeinschaft durch die Kombination aus Therapie und Zwang, Kontrolle geprägt. Ein Projekt, das die Patienten einbindet, ermöglicht es, zeitweise dieses Spannungsfeld aufzulösen, da die Patienten mehr Kontrolle und Verantwortung bekommen. Verantwortlicher Umgang und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft führt an dieser Stelle zum Begriff des »Bürgerschaftlichen Engagements«. Der nächste Absatz beschäftigt sich mit der Frage, welche Parallelen zwischen bürgerschaftlichem Engagement und der Lebenswelt der Patienten des Maßregelvollzugs gesehen werden können.

Der Zusammenhang zwischen Bürgerschaftlichem Engagement und forensischer Psychiatrie erschließt sich nicht automatisch. Die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages (Deutscher Bundestag, 2002, S. 86-90) definiert die Kriterien für Bürgerschaftliches Engagement wie folgt:

- freiwillige Zusammenschlüsse/Aktivitäten, selbstorganisiert und selbstbestimmt;
- nicht auf materiellen Gewinn orientiert;
- positiver Effekt für Dritte, gemeinwohlorientiert – aber auch: möglicher Selbstbezug, Selbsthilfe;

- öffentlicher und transparenter Prozess: Dialog, Teilhabe und Verantwortung in den Organisationsformen des Engagements;
- gemeinschaftliche und kooperative Ausübung des Engagements.

Wie Tabelle 1 zeigt, sind die fünf Kriterien des Bürgerschaftlichen Engagements auf die Arbeitsgruppe übertragbar.

In den Handlungsempfehlungen benennt die Enquete-Kommission mögliche Bereiche und Räume des Bürgerschaftlichen Engagements und regt an, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens und der freien Wohlfahrtspflege das Engagement im Kernbereich ihrer Institution stärken sollten. Bürgerschaftliches Engagement solle ein systematischer Bestandteil der Organisationsentwicklung werden (vgl. Deutscher Bundestag, 2002, S. 244 ff.). Ferner fordert der Bericht, dass vermehrt Möglichkeiten der Partizipation zu schaffen seien und kooperative Organisations- und Führungsstrukturen etabliert werden sollen, die Öffnung einer Organisation nach innen wird empfohlen.

Sowohl die Definition als auch der Raum, in dem Bürgerschaftliches Engagement wirken kann, lassen sich auf die forensische Psychiatrie übertragen. Im Sinne der klassischen Interpretation liegt hier kein Gemeinwesen vor, aber wie in vielen anderen Bereichen der Therapie ist man bestrebt, realitätsnahe Handlungsfelder zu schaffen. Aus dieser Logik heraus stellt das Befragungsprojekt eine Möglichkeit zur Beteiligung von engagierten Patienten als »Bürger dieses künstlichen, begrenzten Gemeinwesens« dar.

Tab. 1. »Bürgerschaftliches Engagement« versus Befragungsprojekt Maßregelvollzug Weissenau

Definitionskriterium »Bürgerschaftliches Engagement«	Entsprechung im Projekt Maßregelvollzug Weissenau
Freiwillige Zusammenschlüsse/Aktivitäten, selbstorganisiert und selbstbestimmt	Die Weissenauer Patienten nahmen freiwillig an dem Projekt teil, ihnen wurden keine Prozessschritte aufgezwungen.
Nicht auf materiellen Gewinn orientiert	Es wurden keine Entlohnungen geleistet, einzige Vorteile waren die gemeinsamen Mahlzeiten, die jedoch im Vorfeld nicht angekündigt waren.
Positiver Effekt für Dritte, gemeinwohlorientiert, möglicher Selbstbezug und Selbsthilfe	Die Arbeit sollte für die Mit-Patienten wie auch das Personal eine Klärung und Verbesserung des therapeutischen Klimas bewirken – auch für die Teilnehmer der Arbeitsgruppe selbst.
Öffentlicher und transparenter Prozess: Dialog, Teilhabe und Verantwortung in den Organisationsformen des Engagements	Das Projekt und die Treffen waren in der Abteilung bekannt. Teilhabe und Verantwortung ergaben sich aus der Mitarbeiter- bzw. Patientenrolle.
Gemeinsame und kooperative Ausübung des Engagements	Es wurde immer in Gruppen gehandelt. Es gab keinen Leiter oder »Chef«

Es wäre jedoch falsch anzunehmen, dass Beteiligungsmodelle nur der Entwicklung der engagierten Personen dienlich sind. Badura (2000, S. 34ff.) stellt deutlich den Nutzen für die Institution heraus, indem er ausführt, dass für alle personenbezogenen Dienstleistungen – im Bildungswesen, im Bereich sozialer Dienste oder eben auch im Gesundheitswesen – gilt: Erfolgreiche Planung und Durchführung einzelner Kernprozesse sind nur bei psychischer Präsenz und aktiver Mitarbeit der Schüler, Klienten und Patienten möglich. Deren soziale und persönliche Voraussetzungen sind für das angestrebte Ergebnis einer Dienstleistung von oft ebenso großer Bedeutung wie Qualifikation und Berufserfahrung der in Anspruch genommenen Experten. Er leitet weiter die Notwendigkeit daraus ab, dass Patienten zur aktiven Mitarbeit bei Design und Durchführung für sie geeigneter Dienstleistungen motiviert werden müssen.

Betrachtet man nachfolgend aufgeführte Ziele und Gründe im Zusammenhang mit Beteiligungsprozessen, treffen diese zum großen Teil auch auf die Patienten in der forensischen Psychiatrie zu:

- Bürgerschaftliches Engagement soll einen normalen Umgang und Eingliederung in die Gemeinschaft fördern; keine Normalität ohne »Normale« (d.h. nicht Betroffene und nicht Profis);
- möglichst selbstbestimmt und ohne »Kommandierung« der Profis leben;
- vorhandenes Vorwissen und Erfahrungen einbringen;
- Integration in die Familien und Arbeitswelten;
- Empowerment, stärkere Förderung der Selbstständigkeit und der sozialen Kompetenzen;
- der Patient als Bürger;
- Partizipation;
- Countervailing Power (Gegenkraft zur staatlichen Dynamik).

Besonders bei den Stichworten »Eingliederung in die Gemeinschaft, Integration, Selbstständigkeit und soziale Kompetenzen« wird die Deckungsgleichheit zu den Zielen der Therapie im Maßregelvollzug deutlich.

Empowerment

Empowerment ist ein Arbeitsansatz im Bereich der psychosozialen Arbeit der ressourcenorientierten Intervention. Dieser Ansatz deckt sich auch mit vielen Therapiekonzepten in der Psychiatrie, wo es ein Arbeitsschwerpunkt ist, Ressourcen zu erhalten und neue Res-

ourcen bzw. Kompetenzen zu erschließen oder zu erarbeiten.

Ressourcenorientierung ist nach Knuf (2006, S. 29ff.) nicht in erster Linie eine Frage der Technik, sondern eine Frage der Haltung. Diese Haltung ist von den Klienten anhand des Verhaltens der Mitarbeiter oder an der - in der Klinik herrschenden - Atmosphäre spürbar.

Herriger (2009, S. 1ff.) schlägt den Bogen von der grundsätzlichen Entstehung dieses Handlungskonzeptes, bis hin zu konkreten Projektideen und Vernetzungsvorschlägen mit gängigen Methoden der Arbeit im psychosozialen Bereich. Stichworte wie: »Die Menschen stärken, Ressourcen fördern, personale Kompetenzen (weiter-)entwickeln« verkörpern den übergeordneten Schwerpunkt des Empowerment-Konzepts. Ziel der Empowerment-Praxis ist es nach Herriger (2009, S. 1), dass »die vorhandenen (wenn auch vielfach verschütteten) Fähigkeiten der Menschen zu kräftigen und Ressourcen freizusetzen sind, mit deren Hilfe sie die eigenen Lebenswege und Lebensräume selbstbestimmt gestalten können. Empowerment ist das Anstiften zur (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens.«

ANZEIGE

Sächsisches Institut für methodenübergreifende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SIMKI) e.V. an der Hochschule Mittweida



bietet an:

Staatlich anerkannte Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

in Kombination und Integration mit dem akkreditierten

Masterstudiengang (MA) der Hochschule Mittweida

»Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen«

Bewerber/innen können weiterhin ausschließlich die SIMKI-Approbationsausbildung oder den Masterstudiengang absolvieren.

Doch stellt die Kombination und Integration beider Bildungsgänge eine hoch-attraktive Möglichkeit für Sozialberufe (FH) dar, einen heilkundlichen Beruf mit Zugang zum höheren Dienst auf gleicher Augenhöhe mit Psychologen und Ärzten auszuüben.

Ein neuer Kurs beginnt im März 2011. Bewerbungsschluss ist am 31. August 2010. Alle zwei Jahre beginnt ein neuer Ausbildungsgang.

Zulassungsvoraussetzungen sind: Hochschulabschluss (Diplom, Bachelor, Master / jeweils Uni oder FH) in Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik u.Ä.

Die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stellt gerade für akademische Sozialberufe eine interessante und attraktive Option dar.

Weitere Informationen bzw. Bewerbungsunterlagen bitte anfordern bei:

SIMKI e.V. an der Hochschule Mittweida | Döbelner Str. 58, 04741 Roßwein | Tel. 034322-69568 / Fax -69569
Email: zurhorst@hs-mittweida.de oder simki@hs-mittweida.de

Sie können uns auch gerne im Internet besuchen unter: www.simki.org

Außer einer beratenden Funktion hatten die Mitarbeiter im forensischen Projekt keine Entscheidungskompetenz in der Arbeitsgruppe, dieser Umstand erforderte eine Umstellung und Umorientierung. Die Erkenntnis aus dieser Rollenveränderung war, dass die Patienten sehr verantwortungsvoll mit ihrer »Entscheidungsmacht« umgegangen sind. Außerdem ermöglichte ihnen diese vorteilhafte Situation, sich offener die Tipps und Vorschläge der Professionellen in der Arbeitsgruppe anzuhören und zu berücksichtigen. Ein oftmals in therapeutischen Zusammenhängen ersichtlicher Machtkampf zwischen Behandlungsteam und Patienten hatte dadurch keine Grundlage mehr. Hier zeigt das Empowerment-Modell Ressourcen außerhalb des Befragungsprojektes. Viel Energie und Kraft der Mitarbeiter und Patienten könnte sinnvoller in der Therapie genutzt werden, wenn diese Methode auch in weiteren Bereichen der Behandlung Anwendung finden würde.

Multi-, Trans- und Interdisziplinarität

Wie im Titel dieses Beitrags ersichtlich, wurde die Form der Zusammenarbeit der Projektteilnehmer in der Befragungsgruppe als transdisziplinär bezeichnet. Da es in der wissenschaftlichen Literatur viele Fehlinterpretationen zu der Unterscheidung zwischen inter-, multi- und transdisziplinär gibt, soll an dieser Stelle eine Begriffsklärung erfolgen. Eine sehr verständliche Definition der verschiedenen Modelle kann man in dem Forschungsbericht von Loibl (2001, S.8 ff.) nachlesen:

Multidisziplinarität

Mehre wissenschaftliche Disziplinen untersuchen gleichzeitig und im selben Projekt dasselbe Phänomen arbeitsteilig – jede im Rahmen ihrer Zuständigkeit. Diese Zuständigkeiten sind so festgelegt, dass möglichst keine bzw. wenig Überschneidungen entstehen, weil eine parallele Bearbeitung solcher Überschneidungsbereiche zu unökonomischen Doppelgleisigkeiten und inkompatiblen Ergebnissen führt.

Die Idee dahinter: Je besser sich jeder auf seinen Beitrag konzentriert und je tiefer dadurch die fachspezifische Problemdurchdringung, desto besser die Ergebnisse.

Interdisziplinarität

Alle beteiligten Disziplinen diskutieren ihre Theorieannahme, Arbeitsmethoden und Qualitätskriterien über ihre Fachgrenzen hinweg und entwickeln

diese weiter, um daraus gemeinsame Ergebnisse abzuleiten. Wenn sie also ihre Basisannahme gegenseitig hinterfragen, Ziel- und Wertesysteme am Beispiel der gemeinsamen Forschungsfrage fachübergreifend diskutieren sowie Ergebnisse produzieren, die keine der Disziplinen alleine hätte finden können.

Idee: Je besser die Vorannahme, die Methoden und Zwischenergebnisse der Disziplinen übereinander geblendet werden, desto besser lassen sich bisherige weiße Flecken der Erkenntnis erkunden.

Transdisziplinarität

Nicht nur verschiedene Disziplinen des wissenschaftlichen Fächerkanons arbeiten zusammen, sondern es werden auch Personen integriert, die eine projektrelevante Fachexpertise nichtakademischer Herkunft einbringen. Vertreter aus jener Anwendungspraxis, für welche die gemeinsamen Ergebnisse bestimmt sind.

Idee: Je besser ein Forschungsteam die authentischen Praxiserfahrungen einbezieht, an die es sich wendet, desto realitätsnaher kann der Forschungsansatz die relevanten Einsatzfaktoren abbilden und desto besser sind die Ergebnisse.

Bühler & Wehinger (2004, S. 1) definieren die Prinzipien der Transdisziplinarität noch etwas »betroffenenorientierter« und berufen sich dabei auf Dosch (2002) und Bischoff (1996):

- »Die zu erforschenden Probleme stammen aus der Lebenswelt. Die Fragestellungen werden gemeinsam oder in engem Kontakt mit Vertretern aus der Praxis und den Betroffenen formuliert und strukturiert.
- Es werden Teams aus Fachleuten derjenigen Disziplinen gebildet, die für die Beantwortung der gestellten Fragen nötig sind, sowie aus Vertretern der Praxis und der Betroffenen.
- Die eigentliche Forschungsarbeit wird im Zusammenwirken der Forschenden in engen Kontakt mit der Praxis durchgeführt.
- Die Ergebnisse werden in die breite Praxis hineingetragen (Häberli und Grossenbacher-Mansuy, 1998).«

Ein weiterer, zentraler Bestandteil des transdisziplinären Denkens ist die (selbst)kritische Betrachtung des professionellen Experten und die Teilung des Expertentums mit den »Laien«.

Wie sich aus den vorangegangenen Ausführungen deutlich ableiten lässt, ist ein zentrales Thema und Definitionskriterium der transdisziplinären Zusammenarbeit die »Beteiligung außerwissenschaftlicher Akteure« (Balsiger & Kötter, 1997, S. 155). Es hat sich auch in dem forensischen Projekt gezeigt, dass die Betroffenen sehr engagiert, effektiv arbeitend und wesentlich unkomplizierter mit Sprache umgehen

könnten als die Professionellen. Davon profitierte beispielsweise die Verständlichkeit des Fragebogens sehr.

Die Arbeitsweise der Weissenauer Gruppe erfüllte alle oben dargestellten Kriterien, und die Teilnehmer der Arbeitsgruppe vollzogen den Rollenwechsel vom »Betroffenen zum Experten«. Die hier gesammelten Erfahrungen können Mut machen, auch in anderen Bereichen Projekte anzudenken und durchzuführen.

Literatur

- Badura, B. (2000). Reform des Gesundheitswesens durch Aktivierung der Bürger, Versicherten und Patienten. Eine Einführung. In B. Badura, *Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen – eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen. Dokumentation einer internationalen Tagung der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld am 4. - 5. Februar 1999 in Bonn* (S. 34-39). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. 10.)
- Balsiger, P. W. & Kötter, R. (1997). *Fazitprotokoll des 1. Workshops im SPPU-Diskussionsforum, März 1997. Transdisziplinärer Forschungsprozess*. Bern: Haus der Universität. Geürzt veröffentlicht in GALA, 6(2), 155.
- Bischoff, D. (1996). Zum Ganzheitsbegriff in der Pflege. In H. Krüger, G. Piechotta & H. Remmers (Hrsg.), *Innovation der Pflege durch Wissenschaft. Perspektiven und Positionen* (S. 103-129). Bremen: Altera.
- Bühler, J. & Wehinger, T. (2004). Nachhaltige Regionalentwicklung in Osteuropa. Projekt Apuseni – Partizipationsansatz und Erfahrungen. *euregia info letter*, 2, 7-16. Online verfügbar: http://www.proiect-apuseni.org/dokumente/publikationen/euregia1_2004.pdf [27.01.2004]
- Deutscher Bundestag (2002). *Bericht der Enquete-Kommission »Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements«. Bürgerschaftliches Engagement - auf dem Weg in eine zukunftsfähige Bürgergesellschaft*. Berlin: Deutscher Bundestag. (Deutscher Bundestag Drucksache. 14/8900.) Online verfügbar: <http://www.dip.bundestag.de/btd/14/089/1408900.pdf> [07.03.2010].
- Dosch, F. (2002). Auf dem Weg zu einer nachhaltigeren Flächennutzung? *Informationen zur Raumentwicklung*, 1, 31-45.
- Häberli, R. & Grossenbacher-Mansuy, W. (1998). Transdisziplinarität zwischen Förderung und Überforderung. Erkenntnisse aus dem SPP Umwelt. *GALA*, 7(3), 196-213.
- Herriger, H. (2009). *Grundlagentext Empowerment*. Online-Publikation. Verfügbar unter: <http://www.empowerment.de/grundlagentext.html> [13.02.2009].
- Jockusch, U. (2004). Anspruch und Realität des Maßregelvollzugs in Baden-Württemberg. In Münsterklinik Zwiefalten (Hrsg.), *Psychisch kranke Straftäter – welche Verantwortung hat die Gesellschaft? Referate der 15. Tagung Psychiatrische Ethik, Freitag, 18. Juni 2004 Münsterklinik – ZfP Zwiefalten* (S.11-23). Zwiefalten: Verlag Psychiatrie und Geschichte.
- Knuf, A. (2006). *Basiswissen: Empowerment in der psychiatrischen Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Loibl, M. C. (2001). *Beobachtungsmodell für interdisziplinäre Forschung*. Wien: Österreichisches Ökologie-Institut.
- Persy, J. (2009). *Vom Rechtsbrecher zum Experten - Eine transdisziplinäre Patientenbefragung im Maßregelvollzug*. Masterarbeit. Hochschule München, Fakultät für Sozialwissenschaften. Online verfügbar: http://www.mmh.hm.edu/pdf/stud_ma/2005/MA_persy.pdf [07.03.2010].

Bipolare Störungen und jugendliche Manie – kaum beachtet im psychosozialen Feld

Oliver Bilke und Tobias Hellenschmidt

Juvenile Manien haben in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP) in den letzten Jahren langsam stärkere Beachtung gefunden (Braun-Scharm et al., 2005; Holtmann, 2009). In den USA haben bipolare Störungen des Jugendalters als bekannte Differentialdiagnose zum ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit- und Hyperaktivitäts-Syndrom) dagegen besonders in über mehrere Generationen betroffenen Familien eine gewisse fachliche Popularität. Im Kindesalter ist im europäischen Raum die Diagnose bipolarer Störungen überhaupt derart ungewöhnlich, dass sie vielerorts bislang nicht vorkommt.

Klinische Symptomatik

Bipolar I-Störungen sind episodische Störungen mit symptomarmen Intervallen. Während die akuten Phasen von unipolaren Depressionen oder Manien nicht zu unterscheiden sind, liegt das Wesen der Bipolarität in der phasischen Schwankung der Symptomatik. Diese kann regelmäßig sein, weist jedoch über die Zeit intra- und interindividuelle Schwankungen und wechselhafte Ausprägungen im Verlauf auf. Bipolar I-Störungen sind tendenziell chronisch und vorwiegend depressiv.

Bipolar II-Störungen und das erweiterte bipolare Spektrum umfassen de-

pressive und manische (hypomane) Zustände, die bei sehr vorsichtiger Klassifikation zum Teil als typische Altersphase der Hochstimmung gewertet werden. Die praktische Herausforderung besteht vor allem darin, hypomane Phasen durch genaue Exploration nach den Kriterien (Tab. 1) zu erfassen.

Als *Bipolar III-Störungen* werden diejenigen maniformen Auslenkungen eingeordnet, die durch die Gabe von Antidepressiva ausgelöst werden.

Erscheinungsformen im psychosozialen Bereich

Die jugendliche bipolare Störung, insbesondere die nicht erkannte Hypomanie, führt im Laufe der Erkrankung zu vielfältigen Problemen in der Interaktion und sozialen Integration. Die Stimmungsschwankungen, die Reizbarkeit, ebenso wie die dauerhaft uneinflussbar gehobene Stimmung macht Beratungssituationen, Familieninterventionen, Jugendhilfemaßnahmen und selbstverständlich sämtliche nicht-interventiven Situationen zu schwer einzuordnenden interaktionellen Herausforderungen.

Der unkritische pseudo-optimistische oder depressiv bis destruktiv bewertende Stil des Betroffenen führt zu Missverständnissen, Überschätzung oder Unterschätzung des/der KlientIn und vor allem narzisstischen Kränkungen auf allen Seiten. Sachliche und realitätsnahe gemeinsame Überlegungen z.B. bei psychosozialen Planungen wie Hilfeplangesprächen erfordern vom Professionellen besondere Umsicht, Ruhe und Nachhaltigkeit, denn der/die KlientIn ist dazu nicht oder nur diskontinuierlich in der Lage.

Während bei Jungen und jungen Männern besonders Gefahrensuche, Überheblichkeit, komorbider Drogenkonsum und auch aggressive Probleme die Interaktion bestimmen können, sind es bei Mädchen und jungen Frauen eher Reizbarkeit, sexuelle Enthemmung, Verantwortungslosigkeit in Beziehungen und selbstverletzende bis suizidale Tendenzen, die erkannt und in die Gesamteinschätzung integriert werden müssen.

Diagnostische Besonderheiten im Jugendalter

Fehldiagnosen entstehen vor allem durch mangelnde Exploration der PatientInnen und ihrer Angehörigen. Eine weitere Problematik ist die Eruiierung von hypomanen Phasen, an die sich PatientInnen und Angehörige als normale Zustände gewöhnt haben. Die Kenntnis, dass irritierbares, impulsives, aufmerksamkeitsgestörtes, hyperaktives oder aggressives Verhalten von Kindern und Jugendlichen nicht automatisch ein ADHS sein muss oder zwangsläufig zu Multi-Problem-Kindern gehört, ist hier wichtig. Episodische Störungen polarer Ausprägung können beim ersten Auftreten noch nicht erfasst werden. Man muss also sehr genau den Verlauf der Problematik beschreiben (Biederman et al., 2000; McClellan et al., 2007).

Symptomatische Besonderheiten im Jugendalter

Bei Jugendlichen bestehen eher dimensionale als kategoriale Unterschiede zum Erwachsenenalter. Das häufigste Phänomen, das sog. »rapid cycling« kann in unterschiedlicher Frequenz auftreten. Die Episodenfrequenz ist bei Jugendlichen oft höher und die Episodendauer kürzer. Die Häufigkeit der Episoden führt zu einer Verkürzung der Krankheitspausen und dazu, dass symptomfreie Intervalle kaum auftreten (Stringaris et al., 2010). Die gegenwärtig vorgeschlagenen Definitionen schneller Affektschwankungen sind Tabelle 2 zu entnehmen. Ähnlich wie bei depressiven Störungen sind auch bei bipolaren Störungen des Jugendalters sowohl die depressiven als auch die manischen Phasen häufiger durch dysphorische Ausprägung mit schlechter Laune und besonderer Reizbarkeit gekennzeichnet.

Komorbidität und Differentialdiagnose

Am häufigsten beschrieben sind Angststörungen, Zwangsstörungen, Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline), Substanzmissbrauch, Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und ADHS.

Tab. 1. Kriterien der Manie nach DSM-IV

- Mindestens eine Woche gehobene, euphorische Stimmung oder Irritierbarkeit;
- Drei der folgenden Symptome:
 - erhöhtes Selbstgefühl oder Größenideen;
 - vermindertes Schlafbedürfnis;
 - erhöhter Redefluss;
 - Ideenflucht oder Gedankenrasen;
 - Ablenkbarkeit;
 - erhöhtes Aktivitätspotenzial in Arbeit oder Sexualität oder psychomotorische Agitation;
 - erhöhte Geldausgabe oder andere lustbetonte Tätigkeiten.

Tab. 2. Definitionen des rapid cycling

rapid cycling	> 4 Episoden/Jahr
ultrarapid cycling	> 4 Episoden/Monat
ultradian cycling	täglich (mehrfach) wechselnde Episoden

Tab 3. Differentialdiagnosen bei Bipolarität

- schizoaffective und schizophrene Psychosen;
- Substanzmissbrauch (speziell Kokain und Amphetamine oder Ecstasy);
- Delirium;
- Störungen des Sozialverhaltens;
- ADHS;
- Angststörungen,
- Posttraumatische Belastungsstörung;
- Persönlichkeitsstörungen (insbesondere emotional instabile Persönlichkeitsstörung);
- Entzündliche Hirnerkrankungen;
- Hormonelle Störungen;
- Schädelhirntraumata;
- Tumoren;
- Epilepsien.

In der Differentialdiagnose (s. Tab. 3) zwischen ADHS und bipolarer Störung lassen sich die Symptome gehobene Stimmung, Größenvorstellungen, Ideenflucht/Gedankenrasen, verminderter Schlafbedürfnis und Hypersexualität unterscheiden. Gemeinsame Symptome von ADHS und bipolarer Störung sind Irritierbarkeit, Hyperaktivität, erhöhtes Sprechtempo und Ablenkbarkeit.

Verlauf und Prognose

Bipolare Störungen neigen zur Chronifizierung. Insbesondere häufig wiederkehrende Formen beginnen zu einem erheblichen Anteil im Kindes- und Jugendalter, werden jedoch erst wesentlich später erkannt und diagnostiziert. Der größere Teil der Erstmanifestationen ist depressiver Art. Manische Anfangssymptomatik ist eher mit rascher, depressive eher mit verzögerter Verbesserung verbunden.

Neue Konzeptionen und interdisziplinärer Handlungsbedarf

An Existenz und Eigenständigkeit der klassischen manisch-depressiven oder Bipolar I-Störung besteht auch bei Kindern und Jugendlichen kein Zweifel.

Neuere Ansätze gehen aber der Frage nach, wie die Bipolar II-Störung und verwandte klinische Formen klassifiziert werden können (Braun-Scharm et al., 2005; Kowatch et al., 2005; Holtmann, 2009). Die Autoren befürchten, dass diese Formen in erheblichem Umfang unterdiagnostiziert und als depressive Störungen oder jugendtümliche Stimmungslabilität verkannt werden.

Konsequenz einer ausbleibenden Bipolar-Diagnose ist, dass PatientInnen, die von dem Behandlungsrepertoire

der bipolaren Psychosen profitieren könnten, unzureichend therapiert werden.

Dies ist von Interesse, da das Alter der Erstmanifestation bei den Bipolar II-Störungen niedriger ist als bei den Bipolar I-Störungen, sodass die Bipolar II-Störungen im Jugendalter etwas häufiger auftreten sollten. Es ist eine differenzierte Diagnostik sowohl der depressiven als auch der bipolaren Störungen zu fordern, die bislang nicht ausreichend umgesetzt worden ist (Benazzi & Akiskal, 2003).

Die bisherige Klassifikation schreibt vor, dass hypomane Phasen mindestens vier Tage dauern müssen, bevor sie diagnostischen Status erhalten. Zahlreiche Autoren plädieren dafür, dass die zeitliche Limitierung der Hypomanie aufgehoben wird. Dadurch würden einige Formen, die bisher den diagnostischen Schwellenwert nicht überschritten hatten (»subthreshold«) und unerschwellig unbeachtet geblieben waren, den Stellenwert einer klinischen Diagnose erhalten. Die Hypothese ist, dass es keine strenge, manisch-depressive Polarität, sondern ein bipolares Kontinuum mit diversen Zwischenstufen und klinischen Ausprägungen gibt.

Multimodale Therapie

Neben Psychoedukation, Angehörigenarbeit, Rückfallprophylaxe und allgemeiner Beratung bei der Lebensführung (Kowatch et al., 2005; Holtmann, 2009) kann eine spezifische psychopharmakologische Behandlung die Lebensqualität der betroffenen Jugendlichen verbessern und die Symptomatik eingrenzen.

Psychosoziale Interventionen

Basisintervention ist das Erkennen und Benennen einer möglichen bipolaren affektiven Störung als solcher.

Nachdem ein Verdacht entstanden ist, sind vorher schwer einzuordnende Phänomene im Kontext der chronischen und wellenartig verlaufenden Störung erkennbar und neu interpretierbar. Jede psychosoziale Intervention wird also stärker die Phasenhaftigkeit der emotionalen Entwicklung berücksichtigen, auf Nachhaltigkeit und Längerfristigkeit setzen und plötzliche »Überraschungen« bzw. »Rückfälle« mit berücksichtigen.

Spezifische Maßnahmen sind im Weiteren Psychoedukation des Klienten und vor allem seiner Angehörigen, Entwicklung eines gemeinsamen Krank-

heitsmodells, Stärkung der Zuverlässigkeit einer gewählten Medikamenteneinnahme (sog. Adhärenz), Vorhersage möglicher kritischer Situationen (Verhaltensprophylaxe) und Motivation für ggf. notwendige klinisch-stationäre Behandlung.

Pharmakotherapie

Obgleich wie bei anderen chronischen Störungen die medikamentöse Behandlung selbstverständlich nicht den einzigen Zugang zur Problematik darstellt, beschränken wir uns hier auf die Kurzdarstellung der psychopharmakologischen Behandlung der manischen und bipolaren Störungen.

Es muss klar zwischen Akut- und Dauerbehandlung unterschieden werden. Bei der *Akutbehandlung* mit Neuroleptika oder Antikonvulsiva dominiert eine symptomatisch orientierte Vorgehensweise, deren Ziel die Desaktualisierung akuter Krisen wie Suizidalität und Fremdaggressivität bei Wunschversagen im psychosozialen Kontext ist. Das wichtigste Element einer *Dauerbehandlung* ist die Verhinderung bzw. Reduzierung von Häufigkeit und Ausprägung der bipolaren Episoden durch Phasenprophylaktika bzw. stimmungsstabilisierende »mood stabilizer« (Kowatch et al., 2005).

Ähnlich wie bei Neuroleptika und Antidepressiva gibt es bei den Phasenprophylaktika ältere, erprobte Substanzen (mit oft höheren Nebenwirkungsraten) sowie neuere scheinbar verträglichere Präparate, deren differenzielle Wirksamkeit und mögliche Langzeitnebenwirkungen im Sinne der Evidenz basierten Medizin noch nicht abschließend beurteilt werden können.

Ausblick

Die aktuelle Diskussion um die Bedeutung bipolarer Störungen und affektiver Dysregulation im Kindes- und Jugendalter geht von folgenden gemeinsamen Positionen aus:

- Im Kindes- und Jugendalter gibt es bipolare Störungen.
- Die Symptomatik bipolarer Störungen unterscheidet sich klar von der Symptomatik bei Erwachsenen.
- Die Therapie bipolarer Störungen im Kindes- und Jugendalter richtet sich – von den Dosierungen abgesehen – weitgehend nach den gleichen Kriterien wie im Erwachsenenalter.

Gleichzeitig sind in verschiedenen Studien unterschiedliche Ergebnisse beschrieben worden. Dabei geht es um folgende Punkte:

- Bipolare Störungen sind im Kindesalter vermutlich viel häufiger als bisher angenommen.
- Bipolare Störungen werden häufig durch andere psychische Störungen verschleiert, wie z.B. ADHS, sogenannte Borderline-Störung oder Depression.
- Ein großer Teil der bipolaren Störungen bei Kindern und Jugendlichen weist »ultradian rapid cycling« auf.

Unabhängig von diesen Kontroversen bestehen vor allem dort noch Unklarheiten, wo zu wenige altersbezogene Untersuchungsergebnisse vorliegen. Systematische Forschungsansätze an größeren Stichproben sind trotz aller Fortschritte (vgl. die 10-Jahres-Übersicht bei Pavuluri et al., 2005) dringend vonnöten.

Im psychosozialen Alltag dagegen sollte bei jedem Kind oder Jugendlichen bei Auftreten der dargestellten schweren und dauerhaft-phasischen Symptome auch an das Vorliegen einer bipolaren Störung gedacht werden.

Literatur

- Benazzi, F. & Akiskal, H. S. (2003). Refining the evaluation of bipolar II: beyond the strict SCID-CV guidelines for hypomania. *Journal of Affective Disorders*, 73(2), 33-38.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T. E. & Wozniak, J. (2000). Pediatric mania: a developmental subtype of bipolar disorder? *Biological Psychiatry*, 48(6), 458-466.
- Braun-Scharm, H., Leeners, J. & Schmidhauser, J. (2005). Bipolare affektive Störungen im Kindes- und Jugendalter - eine Übersicht. *Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 12(3), 11-50.
- Holtmann, M. (2009). Früh beginnende bipolare Störungen. Unterdiagnostiziert oder überbewertet? Editorial. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37(3), 159-161.
- Kowatch, R. A., Frisatd, M., Birmaher, B., Wagner, K. D., Findling, R. L., Hellander, M. & Child Psychiatric workgroup on bipolar disorder (2005). Treatment guidelines for children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(3), 213-235
- McClellan, J., Kowatch, R. & Findling, R. L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 107-125.
- Pavuluri, M. N., Birmaher, B. & Naylor, M. W. (2005). Pediatric bipolar disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(9), 846-871.
- Stringaris, A., Santosh, P., Leibenluft, E. & Goodman, R. (2010). Youth meeting symptom and impairment criteria for mania-like episodes lasting less than four days: an epidemiological enquiry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 31-38.



Katholische Hochschule
für Sozialwesen Berlin

Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit

Beginn Wintersemester 2010 | Bewerbungsende 15.07.2010

- › akkreditierter Studiengang
- › Zugang zur Promotion
- › berufsbegleitend
- › Dauer: 2,5 Jahre
- › Kosten: 5.800,- EUR (Änderungen vorbehalten)
- › Abschluss: Master of Arts

Weitere Informationen:

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
Referat Weiterbildung
Köpenicker Allee 39–57 | 10318 Berlin

Telefon 030–50 10 10-37
schuchert@khsb-berlin.de
www.khsb-berlin.de



ZKS ■ Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

■ Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

Die Anerkennung durch die ZKS bietet Ihnen:

- Gütesiegel und klares professionelles Profil
- Sichtbarkeit von Qualifikation, Berufserfahrung und Kompetenzen
- Anteil an der Entwicklung einer Klinischen Fachsozialarbeit in Deutschland
- Anteil am entstehenden Netzwerk von Hochschulen, Verbänden und Praxis

Für die Anerkennung benötigen Sie:

- mehrjährige klinische Berufserfahrung
- Nachweis einschlägiger psychosozialer Fort- und Weiterbildungen, Selbsterfahrung und Supervision

Über die Anerkennung entscheiden:

- namhafte Professor/-innen deutscher Hochschulen
- Vertreter/-innen der Sozialarbeiterpraxis

Informationen erhalten Sie bei:

- Doreen Pauls: Telefon +49 (0)9561-33197, Email zks@ipsg.de
- Website der ZKS: www.klinische-sozialarbeit.de

Kirchengemeinden als Solidargemeinschaften

Eine Inklusionsoption für psychisch beeinträchtigte Menschen

Michael Gollnow

Die im Rahmen meines Studiums der Klinischen Sozialarbeit entstandene Masterthesis im Jahr 2009 (Gollnow, 2009) beinhaltet die Konzeptentwicklung einer ambulanten Psychiatrieseelsorge. Ein besonderer Aspekt dieser Arbeit war die (Wieder-)Entdeckung der Beschaffenheit von Kirchengemeinden als Inklusionsoption für psychisch kranke Menschen.

Die Möglichkeit von Inklusion beruht nicht zuletzt darauf, dass die genannte Solidargemeinschaft einem bereits bestehenden Sozialraum gleicht und hierüber sozial unterstützend wirkt (vergleichbar der Zielsetzung von Klinischer Sozialarbeit im Social Support-Modell). Den Kirchengemeinden kommt somit eine Schlüsselfunktion im Anstreben einer echten gesellschaftlichen Inklusion psychisch beeinträchtigter Menschen zu.

Entwicklungen seit der Psychiatrie-Enquête

In den Empfehlungen der Psychiatrie-Enquête von 1975 stand die Klinik nicht mehr im Mittelpunkt dieser Versorgung, was einer Verlagerung des Behandlungs- und Versorgungsschwerpunktes in den teilstationären und ambulanten Bereich entsprach.

Mit dem Auf- und Ausbau der komplementären Dienste wurden Funktionsbereiche im Rahmen der jeweiligen sozialpsychiatrischen Versorgungsverbände geschaffen. Die rehabilitativen Aufgaben der Sozialpsychiatrie beziehen sich auf verschiedene Funktionsbereiche unter der Prämisse einer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Brill, 1998, S. 143). Ihre Hauptfunktion besteht darin, psychisch beeinträchtigten Menschen alle individuell benötigte Unterstützung zukommen zu lassen, sodass eine größtmögliche Autonomie und Authentizität erhalten bleibt.

Für den betroffenen Menschen soll eine subjektiv möglichst befriedigende Wiederabstimmung der eigenen Möglichkeiten mit den Anforderungen seiner jeweiligen Lebenssituation erreicht werden (Hoffmann & Pia, 1990, S. 127).

Aus dieser Aufgabenstellung der Sozialpsychiatrie resultiert die Form einer gemeindenahen Psychiatrie nach dem Modell einer sektorierten Ver-

sorgungsstruktur. Dies bedeutet, dass eine Equipe verschiedener Träger und Anbieter in einem umschriebenen Bezirk für alle psychiatrischen Probleme verantwortlich und zuständig ist (Kunz et al., 1990, S. 95).

Angebotsdifferenzierung zwischen Inklusion und Exklusion

Im Laufe der Zeit lässt sich beobachten, dass die bezirkliche Angebotspalette für Hilfeleistungen verschiedenster psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen immer breiter wird. Die Angebotserweiterung geht einher mit dem Anwachsen der Vielschichtigkeit von Zielgruppen. Immer mehr Anbieter stellen hoch spezialisierte Konzepte zur Rehabilitation verschiedenster Klientengruppen bereit.

Ohne in Abrede stellen zu wollen, dass die vorhandenen Angebote und Optionen für die Versorgung psychisch beeinträchtigter Menschen in der Region wertvoll und nützlich sind, ergeben sie dennoch Bausteine, die fundamentaler Bestandteil einer internen »Welt für psychisch Kranke« sind. In dieser eigens geschaffenen Welt ist es charakteristisch, dass die betreffenden Menschen ausschließlich von »Professionellen« (Ärzten, Sozialarbeitern, Psychologen, etc.) betreut werden, womit eine Exklusion innerhalb der gesellschaftlichen Gemeinschaft untermauert wird.

Erstrebenswert ist eine echte Inklusion psychisch beeinträchtigter Menschen in gesellschaftliche Institutionen. »Teilhabe am gesellschaftlichen Leben« bedeutet in diesem Sinne eine echte und realistische Teilhabe an gesellschaftlicher Integration und Lebensgemeinschaft. Diese reicht von gesellschaftlich anerkannten Beschäftigungsverhältnissen bis hin zu Aufnahmen in Vereinen, Kirchengemeinden oder ähnlichen Verbänden.

In diesem Zusammenhang gilt es, die Aufmerksamkeit auf die bereits bestehenden Solidargemeinschaften zu lenken, bevor über neue Institutionen neue Hilfen angeboten werden. Den Kirchengemeinden kommt neben der Funktion einer Solidargemeinschaft bezüglich der Integration von psychisch beeinträchtigten Menschen noch eine

andere Funktion zu. Hierbei handelt es sich auch um eine volkswirtschaftliche Komponente in der Versorgung und Betreuung von kranken und hilfebedürftigen Menschen im Rahmen eines bürgerschaftlichen Engagements (zum Begriff des »Bürgerschaftlichen Engagements« vgl. Persy, in diesem Heft). Klaus Dörner zeigt in seinem 2007 erschienenen Buch »Leben und Sterben, wo ich hingehöre« (Dörner, 2007) auf, dass die Finanzierbarkeit eines Gesundheitssystems, wie es bisher existierte, begrenzt ist. Er weist darauf hin, dass es in der Bundesrepublik seit 1980 kein nennenswertes ökonomisches Wachstum gab. Seiner Ansicht nach kommt es in der Konsequenz vermehrt zu psychischen Erkrankungen.

Leistungsausweitung, Budgetabsenkungen und Zunahme an Leistungsnachfrage führen zu einer Suche nach neuen Steuerungsmöglichkeiten und zu Überlegungen einer anderen Ressourcenverteilung. Unter der Frage der Finanzierbarkeit ist es daher kaum vorstellbar, dass vor diesem Hintergrund die langfristig benötigten sozialen und pflegerischen Dienste nur von bezahlten Kräften geleistet werden.

Kirchengemeinde als Inklusionsraum

Dörner (2007) rät daher, ein neues Hilfesystem zu etablieren, in dem professionelle Helfer die Bürger ergänzen. Er plädiert für die »Reanimation« von Sozialräumen, die das solidarische Handeln der helfenden Bürger ermöglichen.

Zu den vier klassischen Sozialräumen zählen: der familiäre Haushalt, die Nachbarschaft, die Kommune und die Kirchengemeinden. Diese bildeten schon im Urchristentum eine Einheit aus Gottes- und Menschendienst. Erst im 19. Jahrhundert, einhergehend mit einer Auslagerung der Arbeitskräfte aus den Haushalten in die Fabriken, vollzog sich zeitgleich auch die Auslagerung der besonders Hilfebedürftigen.

Die Folge war die Aufhebung der bisherigen Einheit von Gottes- und Menschendienst. Der Dienst am Menschen verlagerte sich in Einrichtungen der Diakonie und Caritas, wo er eine zunehmende Professionalisierung erfuhr, was vor allem die Spuren der christlichen Identität verwischte und eine Unter-

scheidung zu anderen Anbietern kaum ermöglichte. Der Dienst an Gott wurde nunmehr in die Räume der Kirche verlagert, wo man sich auf das Kerngeschäft beschränkte, nämlich den Gottesdienst. Die Trennung von Gottes- und Menschendienst trägt nicht dazu bei, die Kirche in der Gesellschaft populärer zu machen.

Die Kirchengemeinden als Sozialraum könnten zu einem Anschlussmodul für ein neues Hilfesystem werden. Eine Wiedervereinigung von Gott und den Menschen hieße im Rahmen eines bürgerschaftlichen Engagements ein Zusammenwirken von Kirchgängern und diakonischer Professionalität.

Kirchengemeinde als innovatives Hilfesystem

So bilden Kirchengemeinden als Sozialraum, neben der Option der Inklusion psychisch beeinträchtigter und kranker Menschen, eine wichtige Funktion bei der Schaffung eines volkswirtschaftlich innovativen Hilfesystems im Rahmen von bürgerschaftlichem Engagement.

Unter dem Begriff »Kirchengemeinde« verstehen wir eine lokal klar umgrenzte Pfarrgemeinde/Ortsgemeinde/Parochie, gleichbedeutend mit einer Seelsorgeeinheit oder dem sogenannten Seelsorgeraum (vgl. Nauer, 2007, S. 204). Es handelt sich um ein soziales Netzwerk, das sich auf eine fast 2000 Jahre alte Tradition berufen kann und sich über Menschen definiert, die sich zum Glauben bekennen, dort ansässig sind und sich zumeist lebenslang zugehörig fühlen.

Es stellt sich nunmehr die Frage, wie diese Gemeindekonstruktion bezüglich einer Integration psychisch beeinträchtigter Menschen wirkt. Fuchs (2002; zit. nach Pott et al., 2005) bezeichnet als Grundproblematik aller Rehabilitationsinitiativen die Integration betroffener Menschen in offene Systeme, soziale Gefüge und Lebenswelten der Gesellschaft. Diese Integrationsversuche sind oftmals eine Gratwanderung zwischen einem »Andocken« an öffentliche und alltägliche Lebenswelten einerseits und dem Rückzug in bestehende in sich geschlossene Rehabilitationssysteme andererseits.

Einhergehend mit den Anmerkungen von Dörner (2007) bilden Kirchengemeinden und bestehende Pfarreien die idealen Systeme mit den entsprechenden Ressourcen, um psychiatrischen PatientInnen den Eintritt in eine alltägliche soziale Lebenswelt zu ermöglichen. Die Voraussetzung dafür ist, dass die Kirchengemeinde als offenes System und betroffene Menschen helfend mit-

einander umgehen und sich auf gleicher Ebene kennen lernen und ernst nehmen.

Fuchs (2002) bezeichnet es als eine brisante Aufgabe für die Pfarreien und Vertreter der psychosozialen Versorgung, in naher Zukunft gemeinsam die entsprechenden Zwischenstufen offener Hilfesysteme aufzubauen und im eigenen Bereich die nötigen Voraussetzungen zum Übergang in den einen und zur Aufnahme aus dem jeweiligen anderen Bereich zu schaffen. Damit wäre eine Basis geschaffen, um den umfassenden diakonischen Umgang mit Notleidenden und Benachteiligten von der normalen Pfarrei bis hin zur karitativen Akutstation und umgekehrt zu ermöglichen.

Pott, Prinz-Hochgürtel und Roth (2005) mahnen an, dass eine Reihe objektiver Faktoren berücksichtigt werden muss, die den Pfarrgemeinden ein konstruktives Umgehen mit der Zielgruppe erschweren. Sie weisen insbesondere darauf hin, dass viele psychisch Kranke zurückgezogen leben, ohne jeglichen Kontakt zur Nachbarschaft. Dieses erschwert den Gemeindemitgliedern die Möglichkeit, einen Zugang zu den Betroffenen zu finden. Zu bedenken ist auch, dass Gemeindemitglieder Teil eines gesellschaftlichen reservierten Verhaltens gegenüber psychisch Kranken sind. Es bestehen daher große Unsicherheiten hinsichtlich der Ansprache und Kontaktaufnahme. Viele der hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben keine Informationen über psychiatrische Krankheitsbilder und besitzen daher keine Erfahrung im Umgang mit den betroffenen Menschen (ebd., S. 33).

Seelsorge für psychisch beeinträchtigte Menschen

Eine gute Voraussetzung für eine Kontaktaufnahme mit der Gemeinde ist das Vorhandensein von Wohneinrichtungen für psychisch kranke Menschen auf deren Gebiet. Pott, Prinz-Hochgürtel und Roth (2005) geht es darum, einen langen Atem zu bewahren und immer wieder neue Bewusstseinsprozesse anzustoßen. Vor allem gelte es zu vermitteln, dass die Begegnung mit psychisch kranken Menschen sehr tief und bereichernd sein kann, ohne dabei den Charakter einer »Helfer-Schützling-Kommunikation« anzunehmen (ebd., S. 33).

Wie vielseitig und fruchtbar solche Kontakte sein können, beschreibt der Krankenhausseelsorger Ronald Mundhenk (2005). Nach seiner Ansicht gehört es zu den Qualitätsmerkmalen

christlicher Gemeinden, dass diese gerade auf die Personengruppe der psychisch beeinträchtigten Menschen eine besondere Ausstrahlung ausüben. Ihre Attraktivität besteht darin, dass die christliche Gemeinschaft nicht selten als eine Art Ersatzfamilie empfunden wird, welche die notwendige Sicherheit und Struktur bietet. Kennzeichnend für die Seelsorge in der Gemeinde ist die Orientierung an der Gesamtpersönlichkeit und weniger an der psychiatrischen Etikettierung. Dies erklärt sich auch aus dem Umstand, dass der psychisch beeinträchtigte Mensch bereits in der Gemeinde bekannt ist. Man weiß von seinem sozialen, familiären und beruflichen Hintergrund und kennt ihn vor allem auch aus gesunden Phasen. Die Gemeinde hat somit Einblick in die Lebensumstände des Menschen, weshalb die Erkrankung bzw. die Beeinträchtigung nur ein Teilaspekt in einem größeren Lebenszusammenhang darstellt. Daher kann die Gemeinde eine ressourcenorientierte Sichtweise entwickeln (ebd., S. 20-22).

Kirche und Social Support

Die kirchliche Gemeinde ist damit im weitesten Sinne eine Solidargemeinschaft bürgerschaftlichen Engagements, eine Gemeinschaft mit hohem Integrationspotenzial und ein Ort ungeahnter Ressourcenentwicklung. Dieses erscheint umso bedeutender, als die Struktur einer Kirchengemeinde eine hohe Signifikanz zur Sozialen Unterstützung (Social Support) aufweist.

Mit dem Social Support-Konzept kommt der Klinischen Sozialarbeit eine Schlüsselfunktion hinsichtlich der Inklusionsfrage zu. Gesundheitswissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass soziale Belastungssituationen durch mangelnde oder fehlende Soziale Unterstützung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung in Deutschland erheblich beeinflussen. Im umgekehrten Fall stärken Systeme Sozialer Unterstützung die Immunität gegenüber Belastungen und fördern deren Bewältigung. Diese Systeme garantieren nicht zuletzt ein großes Maß an physischer und psychischer Gesundheit (Dehmel, 2008, S. 17).

Die Quellen Sozialer Unterstützung reichen von Familie, Freunden und Bekannten sowie Personen aus der Nachbarschaft und am Arbeitsplatz bis hin zu kulturellen oder religiösen Gemeinschaften. Ein Individuum, eingebettet in ein Netz sozialer Beziehungen, lebt objektiv gesünder, da es Belastungssituationen besser begegnen kann (ebd.,

S. 18). Soziale Unterstützungsleistungen können in unterschiedlichen Formen existieren. Ihr besonderes Charakteristikum besteht in ihrer Multifunktionalität. Sie sind daher nicht auf einen bestimmten Typus von Hilfeleistung orientiert.

Diewald (1991; vgl. auch Barth, 2009) entwarf eine Typologie von sozialen Unterstützungsleistungen und schuf damit eine praxisbezogene und systematische Grundlage. Soziale Unterstützungsleistungen lassen sich demnach in drei Teilbereiche aufgliedern, die deutlich machen, welche Leistungen Solidargemeinschaften wie Kirchengemeinden bieten können:

1 Konkrete Interaktionen

Arbeitshilfen, Pflege, materielle Unterstützung, Intervention, Information, Beratung, Geselligkeit und alltägliche Interaktionen.

2 Vermittlung von Kognitionen

Vermittlung von Anerkennung, Orientierung, Vermittlung eines Zugehörigkeitsgefühls, Erwartbarkeit von Hilfe sowie der Erwerb von sozialen Kompetenzen.

3 Vermittlung von Emotionen

Vermittlung eines Geborgenheitsgefühls, Vermittlung von Liebe und Zuneigung, sowie motivationale Unterstützung.

Die Erschließungsfunktion Klinischer Sozialarbeit

Diewalds (1991) Typologie der Sozialen Unterstützung enthält in ihren drei Teilbereichen Unterstützungsleistungen, wie sie auch eine Kirchengemeinde oder eine religiöse Gemeinschaft erbringen kann. Die beschriebenen Gemeinschaften sind ein Reservoir von stabilitätsgebenden und sinnstiftenden Ressourcen, die vor allem bedürftigen Bevölkerungsgruppen zur Verfügung stehen sollten. Der Klinischen Sozialarbeit obliegt es, diese »Reservoir« zu erschließen, um sie auch psychisch beeinträchtigten Menschen zugänglich zu machen, damit sie von den genannten positiven Einflüssen profitieren können, im Rahmen einer echten gesellschaftlichen Inklusion.

Das Instrumentarium der Klinischen Sozialarbeit verleiht der Berufsgruppe der SozialarbeiterInnen, die wie keine andere Berufsgruppe prädestiniert ist, sich auf Lebenswelten zuzubewegen, das geforderte Maß an Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit, um die schwierige Aufgabe der Herstellung und Manifestierung von Kontakten zu bewerkstelligen, mit dem Ziel, für die betroffenen Menschen ein von Inklusion und Passung geprägtes Verhältnis zu ihrer unmittelbaren Lebensgemeinschaft zu konstruieren.

Literatur

- Barth, S. (2009). *Soziale Unterstützung*. Online-Publikation. Verfügbar unter: <http://www.stephan-barth.de/sozialeunt.htm> [27.04.2009].
- Kunz, K., Bauer, M., Cahn, T. & Rudas, S. (1990). Gemeindepsychiatrie und der Sinn der Zeit. In L. Ciompi & H.-P. Dauwalder (Hrsg.), *Zeit und Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Aspekte* (S. 94-104). Bern: Huber.
- Brill, K.-E. (1998). Wohnen. »Ein Bett ist keine Wohnung«. In T. Bock & H. Weigand (Hrsg.), *Handwerksbuch Psychiatrie* (4. vollst. überarb. Aufl., S. 136-176). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dehmel, S. (2008). Klinische Sozialarbeit als professionelle soziale Unterstützung. In K. Ortman & D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – Konzepte, Praxis, Perspektiven* (S. 17-34). Freiburg: Lambertus.
- Diewald, M. (1991). *Soziale Beziehungen: Verlust oder Liberalisierung?* Berlin: Edition Sigma.
- Dörner, K. (2007). Leben und sterben, wo ich hingehe. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Paranus.
- Fuchs, P. (2002). *Behinderung und Soziale Systeme. Anmerkungen zu einem schier unlöslichen Problem*. Online-Publikation. Verfügbar unter: http://www.fen.ch/texte/gast_fuchs_behinderung.htm [09.03.2010].
- Gollnow, M. (2009). *Kirchengemeinden als Solidargemeinschaften: Inklusionsoption für psychisch beeinträchtigte Menschen*. Masterthesis. KHSB, Berlin.
- Hoffmann, H. & Pia, D. (1990). Zur langfristigen Rehabilitation sozialpsychiatrischer Patienten. In L. Ciompi & H.-P. Dauwalder (Hrsg.), *Zeit und Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Aspekte* (S. 125-138). Bern: Huber.
- Mundhenk, R. (2005). *Der geteilte Mantel. Psychisch kranke Menschen seelsorgerisch begleiten*. Scheffelfeld: EB-Verlag.
- Nauer, D. (2007). *Seelsorge – Sorge um die Seele*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pott, M., Prinz-Hochgürtel, I. & Roth, U. (2005). *Gemeindenähe statt Anstaltsghetto. Projekt »Ambulante Psychiatrieseelsorge Aachen«*. Aachen: Bistum.

INTERNATIONALE FACHTAGUNG

SOZIALE GESUNDHEIT STÄRKEN 24.-25.09.2010

Die Tagung an der KHSB Berlin dient der Verknüpfung von Praxis, Forschung und Lehre und richtet sich an PraktikerInnen sowie Studierende und Lehrende. Neben den Hauptvorträgen werden die ECCSW-Fachgruppen Workshops zu ihren Schwerpunkten durchführen; zusätzliche Pre-Conference-Workshops laden zur Vertiefung spezifischer klinisch-sozialarbeiterischer Kompetenzen ein. Die parallel zur Tagung laufende Postersession präsentiert Ergebnisse aus Best-practice-Projekten und Masterarbeiten.

Tagungsverlauf

Freitag, 24.09.2010

- 09.00-12.00h Pre-Conference-Workshops
- 12.30-13.30h Registration
- 13.30-14.00h Grußworte
ECCSW-Vorstellung
- 14.00-15.00h Vortrag von Holger Schmid (Olten, Schweiz)
- 15.00-16.30h Postersession
- 16.30-17.30h Vortrag von Carola Gold (Berlin, Deutschland)
- 17.30-18.30h Vortrag von Peter Pantucek (St. Pölten, Österreich)

Samstag, 25.09.2010

- 09.00-10.00h Vortrag von Heiner Keupp (München, Deutschland)
- 10.30-13.00h Workshops
- 13.00-13.30h Abschluss-Statements
- 14.00-17.00h ECCSW-Workshop

Workshops

Pre-Conference-Workshops (24.09., 9-12h)

- A Soziale Diagnostik (Peter Pantucek)
- B Narratives Interview (Hedwig Griesehop)
- C Reflektierte Praxis (Monika Zimmer)

Workshops (25.09., 10.30-13h)

- 1 Forschung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Matthias Hüttemann)
- 2 Sozialtherapie (Karlheinz Ortman, Dieter Röh)
- 3 Soziale Arbeit und Psychoanalyse (Ute Benz, Uwe Klein)
- 4 Sozialraum und Gesundheitsförderung (Heinz Wilfing)
- 5 Psychosoziale Beratung (Günter Wüsten, Michael Vogt)
- 6 Psychosoziale Diagnostik (Rolf Glemser)
- 7 Forensische Sozialarbeit (Gernot Hahn)

ECCSW-Workshop (25.09., 14-17h)

- I ECCSW-Mitgliederversammlung
- II Themen und Projekte (in Kooperation mit der DGSA, Sektion Klinische Sozialarbeit)

Veranstalter



Information

Tagungswebsite:

www.tagung2010.eccsw.eu