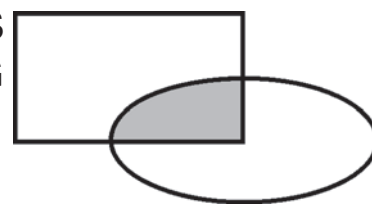


# KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS  
UND FORSCHUNG



3. Jg. ■ Heft 1 ■ Januar 2007

## Inhalt

### Themenschwerpunkt: Resilienz

- 3 Editorial
- 4 Pflegefamilien als Ort der Entwicklung von Resilienz  
*Bruno Hildenbrand*
- 7 Die Entdeckung von Bildungserfahrungen als Quelle neuer Hoffnungen  
Wie orientiert man sich an Ressourcen?  
*Marianne Bosshard*
- 10 Resilienz - Kommentierte Auswahlbibliographie  
*Gernot Hahn*
  
- 2 Aktuelles: Veränderung in Redaktion und Beirat
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

## Herausgeber

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

DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
SOZIALARBEIT



Forum für Wissenschaft und Praxis

## Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

### Prof. Dr. med. Marianne Bosshard

Ärztin für Psychotherapeutische Medizin und Psychoanalytikerin. Professorin für Sozialmedizin und Psychopathologie an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften der Fachhochschule Köln.

Laufende Arbeitsschwerpunkte: soziale Arbeit in Psychiatrie und Suchthilfe. Leitet das Projektzentrum "Arbeit mit psychisch kranken und drogenabhängigen Menschen" und arbeitet mit im Forschungsprojekt "Wandel durch Bildung bei psychisch kranken und abhängigen Menschen".

Email: marianne.bosshard@fh-koeln.de

### Gernot Hahn

Dipl.-Sozialpädagoge und -Sozialtherapeut (Universität Kassel), Klinikum am Europakanal, Erlangen. Lehrt u.a. an der Georg-Simon-Ohm FH Nürnberg und im Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit der FH Coburg/Alice Salomon FH.

Laufende Arbeitsschwerpunkte: Sozialtherapie von Sexual- und Gewaltstraftätern und Drogendelinquenten; Resozialisierung psychisch kranker Straftäter. Derzeit Promotion im Forschungsbereich "Protektive Faktoren rückfallfreier Sexualstraftäter" an der Universität Kassel.

Email: hahn.godot@odn.de

### Prof. Dr. Bruno Hildenbrand

Seit 1994 Professor für Sozialisationstheorie und Mikrosoziologie am Institut für Soziologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena sowie seit 1988 Dozent und Supervisor am Ausbildungsinstitut für systemische Therapie und Beratung in Meilen/Zürich.

Laufende Arbeitsschwerpunkte: Transformationsprozesse der Kinder- und Jugendhilfe in ländlichen Regionen Ost- und Westdeutschlands; Sozialisationsprozesse in der Pflegefamilie, Klinische Soziologie, fallrekonstruktive Verfahren in den Sozialwissenschaften.

Email: bruno.hildenbrand@uni-jena.de

## Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner  
Fachhochschule München

Prof. Dr. emer. Wolf Crefeld  
Evangel. Fachhochschule Bochum

Prof. Dr. Heike Dech  
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Peter Dentler  
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz  
Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Prof. Dr. Cornelia Kling-Kirchner  
HTWK Leipzig, Fachbereich Sozialwesen

Prof. Dr. Albert Mühlum  
Fachhochschule Heidelberg

Prof. Dr. Helmut Pauls  
Fachhochschule Coburg

Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann  
Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin

Prof. Dr. Dr. Günter Zurhorst  
Hochschule Mittweida

## Aktuelles

### Veränderung in Redaktion und Beirat

Im Vorfeld der Gründung dieser Zeitschrift war Norbert Gödecker-Geenen einer der wesentlichen Ideengeber für das vorliegende Kooperationsprojekt. Mit ihm zusammen haben wir die Grundlagen für die Tragfähigkeit des Konstrukts erarbeitet. Im Zusammenhang privater und beruflicher Veränderungen hat er nun seine Lebensschwerpunkte neu gesetzt und sich entschieden, den Platz für eine andere Kollegin der DVSG frei zu machen. Wir danken ihm sehr für sein Engagement.

Wir begrüßen herzlich Kirsten Becker-Bikowski, die nun von ihrer Funktion im Beirat zur Redaktion wechselt. Kirsten Becker-Bikowski ist Dipl.-Sozialpädagogin im Universitätsklinikum Heidelberg, Schwerpunkt Onkologie/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie sowie Mitglied des Vorstandes

der DVSG. In der DVSG ist sie für den Bereich Fortbildung und Forschung zuständig. Mit Kirsten Becker-Bikowski verbindet uns bereits eine mehrjährige fruchtbare und konstruktive Zusammenarbeit sowohl in der Sektion der DGS wie auch auf Tagungen der DVSG.

Kirsten Becker-Bikowski  
(Dipl.-Sozialpädagogin)  
Universitätsklinikum Heidelberg  
-MKG-  
Sozialdienst  
Neuenheimer Feld 400  
69120 Heidelberg

Tel.: 06221/56-36022  
Fax: 06221/56-4196  
E-Mail: kirsten.becker@med.uni-heidelberg.de

## 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 und Psychotherapie  
Hohensteig 1, 12526 Berlin  
Tel. 030/67 413 021 ■ Fax 030/67 413 002 oder:  
Tel. 030/60 500 856 ■ Fax 030/60 500 857  
Email: zks-berlin@ipsq.de

### Layout, Grafik & Schlussredaktion:

Ilona Oestreich, Berlin

### Druck:

GREISERDRUCK GmbH & KoKG, 76437 Rastatt

### Erscheinungsweise:

viermal jährlich als Einlegezeitschrift im DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

### ISSN:

1861-2466

### Auflagenhöhe:

2250

### 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.

## Online-Sonderausgabe der Zeitschrift

### Sonderausgabe zum Themenschwerpunkt: Klinische Sozialarbeit im Aufbruch - Kooperation zwischen Praxis und Hochschule -

Das Sonderheft bündelt die Ergebnisse der Werkstatt-Tagung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit im November 2005 und kann als elektronische Publikation unter [www.klinische-sozialarbeit.de](http://www.klinische-sozialarbeit.de) kostenfrei abgerufen werden.

### Inhalt:

- Historische Verortung: Von der Sozialen Diagnose zum Clinical Social Work  
*Brigitte Geißler-Piltz*
- ‚ICD plus‘ und ‚Therapie plus‘ – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit  
*Silke Birgitta Gahleitner*
- Beratung in der Klinischen Sozialarbeit  
*Karlheinz Ortman*
- Zum Verhältnis von Klinischer Sozialarbeit und Psychotherapie  
*Günter Zurhorst*

- Sozialtherapie: Zur heilkundlichen Tätigkeit von Sozialarbeitern im Gesundheitswesen  
*Wolf Crefeld*
- Sozialarbeitswissenschaft – Voraussetzung professioneller Praxis  
*Albert Mühlum*
- Standards, evidenzbasierte Praxis, Praxisforschung: Was können wir tun?  
*Helmut Pauls*
- Qualitative Sozialarbeitsforschung – Auf der Suche nach ‚sozialer Realität‘  
*Silke Birgitta Gahleitner & Karlheinz Ortman*
- Standardisierte Diagnostik in der Sozialen Arbeit – Das Person-In-Environment System (PIE)  
*Gernot Hahn*

**D**ie Aussage, daß ein politisches Engagement nichts anderes sei als der Versuch, persönliche Konflikte zu lösen, ist ebenso unsinnig wie jene andere, daß die Beteiligung an einer politischen Bewegung aus rein objektiven oder rationalen Motiven ohne die Mobilisierung individueller innerer Konflikte zustande kommen könnte. (Parin 1993: 130)

Der Begriff Resilienz zählt zum aktuellen Vokabular der Sozialen Arbeit, mit dessen Hilfe grundlegende Aussagen zu den Faktoren gemacht werden sollen, die dem Einzelnen das Überleben in einer konflikthaftern Welt ermöglichen.

Auf den ersten Blick wirkt der Begriff unscharf, nur deskriptiv. Doch die Darstellung menschlicher Schicksale unter Aspekten von wachsender, konsistenter oder wiedererlangter psychischer Stabilität, sozialer Einbindung und ökonomischer Absicherung trotz schwierigster Lebensumstände wie auch ihr Verlorengehen trotz scheinbar günstiger Verhältnisse birgt die Chance in sich, den Begriff der Resilienz als kritisches Instrument zum Verstehen und Forschen weiterzuentwickeln.

Resilienz wird deshalb hier als eine Form von tiefer und komplexer Zustandsbeschreibung einer Person in aktueller und historischer Verortung verstanden, nicht als ihre Eigenschaft. Damit beinhaltet Resilienz biologische, psychologische und soziale Dimensionen.

„Das Verständnis dieser Zusammenhänge von Rahmenbedingungen, Vulnerabilität und Resilienz wird zusätzlich dadurch kompliziert, dass äußere Umstände nicht in stets gleicher Weise die Entwicklung von Resilienz fördern. So konnten z.B. die in der Extremsituation am Ende des Krieges und der unmittelbaren Nachkriegszeit notwendige Härte gegen sich selbst, die mangelnde Rücksicht auf die Bedürfnisse des eigenen Körpers, die abgewehrte Trauer und das Funktionieren entscheidend dazu beitragen, überhaupt zu überleben. Inzwischen als ich-syntone Verhaltensweisen integriert, können sie sich allerdings Jahrzehnte später auf die eigene Entwicklung hemmend auswirken.“ (Radebold 2005: 95f.)

Was Hartmut Radebold hier mit Blick auf Folgen von Kriegskindheiten des Zweiten Weltkriegs in Erwägung zieht, entspricht dem, was die Psychoanalyse unter einem zum jeweils gegebenen Zeitpunkt bestmöglichen Umgang mit herausfordernden, konflikthaftern oder traumatischen Situationen beschreibt. Dabei kann eine Konfliktlösung, die sich zunächst als „Resilienz“ interpretieren ließ und auch vom Subjekt so interpretiert wurde, zu einem anderen Zeitpunkt als dysfunktional erscheinen. So führt

gegebenenfalls erst zu einem späteren Lebensabschnitt die „Wiederkehr des Verdrängten“, die Wiedererinnerung vergessenen geglaubter traumatischer Erlebnisse der Kriegsjahre zu einer erneuten Auseinandersetzungsnotwendigkeit mit Gefühlen von Trauer, Scham, Wut und Angst. Die Gründe für das Auftauchen von über lange Zeit nicht wahrgenommenen inneren Bildern und Affekten mögen dabei in der Lebenslaufphase der wegfallenden Leistungsnotwendigkeiten durch die Berentung, in durch den alternden Körper induzierten Gefühlen der leichteren Kränkbarkeit wie auch in einem gesellschaftlich diese Themen zulassenden Klima liegen. Aber die aktuelle Situation ist nur partiell, in der subjektiven Wahrnehmung die der Kindheit oder Jugend, es wurden neue Kompetenzen, neue Sichtweisen hinzugewonnen, die einen anderen Umgang mit den gefühlsgeladenen Bildern ermöglichen, im günstigen Fall existieren weitere, verständig-stützende Netzwerke: Resilienz entsteht immer wieder neu, wird immer wieder neu geschaffen.

Dieser kurze Exkurs hilft zu erkennen, dass die „psychische Widerstandsfähigkeit“ des Individuums von intrapsychischen, von interpsychischen und interpersonalen, sozial-gesellschaftlich kontextuellen, aber sicher auch biologischen Faktoren zum jeweils gegebenen Lebenslaufzeitpunkt auf der Basis seiner zugehörigen Geschichte abhängig ist.

Sofern es in der helfenden Beziehung zwischen Klinischem Sozialarbeiter und Klient um den gelingenden Alltag, um das gelingende Leben, – modern und dabei die Sachlage etwas verengend ausgedrückt – um die Wirksamkeit von Unterstützung geht, so können der „Resilienz“ auch weitere Begrifflichkeiten wie „Salutogenese“, „Empowerment“, „Ressourcen“ und „Copingstrategien“ hinzugefügt werden. Wir betreten hier ein „professionelles Austauschfeld“, auf dem über Wahrnehmungs- und Zuordnungsstrategien verhandelt: welche Menschen- und Gesellschaftsbilder legen wir in der Suche nach dem Verstehen (bereits hier fließt die entsprechende Prämisse ein) von individuellem und gesellschaftlichem Leid zugrunde?

In den Beiträgen dieser Ausgabe versuchen wir exemplarisch über von bestimmten Lebenserfahrungen betroffene Menschen – Pflegekinder und -familien sowie psychisch kranke Menschen –, einige Fragen von Resilienz, Ressourcen und Salutogenese zu erhellen.

**Bruno Hildenbrand** stellt in seinem Text den Resilienz-begriff in den Kontext krisenhafter Entwicklungen im Lebenslauf. Anhand von Ergebnissen aus einem Forschungsprojekt zu Risiken und Chancen der Unterbringung von Kindern in

Pflegefamilien werden Resilienzpotentiale in unterschiedlichen sozialisatorischen Prozessen sichtbar gemacht. Dabei wird deutlich, dass die Resilienzpotentiale nicht nur in einem förderlichen Klima der Pflegefamilie liegen, sondern auch in einer gelingenden Verbindung zwischen der Herkunftsfamilie und der „Pflegefamilie als Familie eigener Art“.

**Marianne Bosshard** erweitert in ihrem Beitrag einen nur kognitiv ausgerichteten, auf Wissen beschränkten Bildungsbegriff um die grundsätzliche Dimension einer emotional getragenen Weltzugewandtheit. Eine solchermaßen gesprägte Sichtweise erlaubt mit Blick auf ihre Biografie auch schwer psychisch kranken Menschen das Erkennen befriedigender Bildungserfahrungen im Sinne von Ankerpunkten in der äußeren Welt. Damit werden auch für die Gegenwart und Zukunft Ressourcen im Sinne eines bestärkten oder wiedererlangten Interesses an Neuem freigesetzt – als Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, noch jenseits von Fragen beruflicher Integration.

Zur besseren Orientierung haben wir dieser Ausgabe zum Schluss eine von **Gernot Hahn** kommentierte Auswahlbibliografie zum Thema „Resilienz“ angefügt.

Klinische Sozialarbeit erweist für das hier aufgegriffene Feld der „Resilienz“ ihre Zuständigkeit und Kompetenz sowohl in der (fall-)rekonstruktiven Forschung und biografisch ausgerichteten Behandlung wie auch in der Gemeinwesenorientierung. Sich auf Gesundheitsförderung im Gemeinwesen beziehend, sprechen Homfeldt und Sting von einer „integrativen Sanierung“.

„Gesundheitsförderung geht in diesem umfassenden Konzept einher mit der Bekämpfung von Arbeitslosigkeit, mit dem Ausbau der sozialen Infrastruktur, mit Demokratisierung und der Förderung von Partizipation im Sinne des Empowerment.“ (Homfeldt & Sting 2006: 208).

Für die Redaktion:

Uwe Klein

#### Literatur

Homfeldt, Hans Günther & Sting, Stephan (2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Reinhardt,

Parin, Paul (1993). Zur Verleihung des Literaturpreises 1992 der Internationalen Erich Fried Gesellschaft. *psychosozial*, 16 (1), 126-131.

Radebold, Hartmut (2005). *Die dunklen Schattten unserer Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege*. Stuttgart: Klett-Cotta

# Pflegefamilien als Ort der Entwicklung von Resilienz

Bruno Hildenbrand

## Grundlegende Annahmen der Resilienzforschung

Resilienz<sup>1</sup> bezieht sich auf Handlungs- und Orientierungsmuster, die Individuen in der Konfrontation mit und der Bewältigung von widrigen Lebensumständen herausbilden. Diese Muster konstituieren den Kern autonomer Lebenspraxis. Die Entwicklung dieser Muster ist nicht auf spezifische Lebensphasen beschränkt oder mit einer bestimmten Lebensphase abgeschlossen, sondern dauert lebenslang an. Resilienz beschreibt demnach spezifische Handlungs- und Orientierungsmuster der Krisenbewältigung einerseits, deren Entwicklung in immer neuen Erfahrungen der Bewältigung von Krisen andererseits.

Resilienz wird in individuellen und in sozialen Kontexten gleichermaßen gebildet. In diesem Beitrag konzentrieren wir uns auf die sozialen Kontexte, v.a. auf die Familie. Folgen wir Froma Walsh, dann stehen bei der Entwicklung von Resilienz drei Eigenschaften von Familien im Zentrum (Walsh 1998, Teil II: 45-169):

- **Familiale Überzeugungssysteme** mit den Merkmalen, in der Not einen Sinn zu sehen, positiv in die Zukunft zu schauen und dem Leben eine spirituelle Grundlage zu geben.
- **Organisatorische Muster** mit den Merkmalen Flexibilität, Verbundenheit und ausreichenden sozialen und ökonomischen Ressourcen.
- **Kommunikationsprozesse**, die durch Klarheit, offene emotionale Ausdrucksverhalten und Kooperation beim Problemlösen charakterisiert sind.

Als weitere Schlüsselfaktoren von Resilienz werden Eigenschaften im Individuum selbst (von Konstitution und Temperament über kognitive Kompetenzen bis hin zum Selbstbewusstsein) sowie Verwandtschaft, Nachbarschaft, Schule, Gemeinwesen insgesamt genannt (Werner 1999). Die maßgeblichen Resilienzforscherinnen und Resilienzforscher<sup>2</sup> gehen davon aus, dass Resilienz keine individuelle *Eigenschaft* darstellt, sondern sich auf spezifische Handlungs- und Orientierungsmuster bezieht, die insbesondere bei Übergängen im individuellen Lebenszyklus und im Familienzyklus bedeutsam werden<sup>3</sup>.

Resilienz wird gebildet und zeigt sich

in Prozessen. Hawley und DeHaan stellen sich diese Prozesse folgendermaßen vor:

*„Resilienz ist der Weg, den eine Familie geht, wenn sie Stress bewältigt und daran wächst, sowohl gegenwärtig wie langfristig. Resiliente Familien reagieren positiv auf diese Bedingungen und auf individuelle Weise, abhängig vom Kontext, von der Ebene der Entwicklung, der interaktiven Kombination von Risiken und protektiven Faktoren und den Zukunftsvorstellungen, die die Familienmitglieder miteinander teilen.“* (Hawley & DeHaan 1996: 293; übers. B. Hildenbrand).

Verbindet man *Resilienz* mit *Krise*, dann wird deutlich, dass es im Wesentlichen die fundamentalen Krisen der Geburt, die Auflösung der Mutter-Kind-Symbiose und die Positionierung in der sozialisatorischen Triade sowie schließlich die Ablösung aus der Familie und die Bewältigung der dortigen Entwicklungsaufgaben (Beruf, Partnerschaft, Gemeinwohl) sind, in denen sich Resilienz ausbildet. Hier werden die Grundlagen für die Bewältigung unvorhergesehener, überraschender krisenhafter Ereignisse gebildet (Oevermann 2004). Behandelt man das Thema Pflegefamilien, dann stehen die Krisen im Sozialisationsprozess im Vordergrund. Denen liegt aber in diesem Fall eine nicht vorhersehbare Krise zugrunde, die darin besteht, dass die leibliche Familie (hierzu zählen wir begrifflich auch Alleinerziehendenkonstellationen) nicht oder vorerst nicht in der Lage ist, einen angemessenen Rahmen für die Sozialisation und die für sie typischen Prozesse der Krisenbewältigung zu bieten.

## Resilienzentwicklung in Pflegefamilien

Über vier Jahre hinweg haben wir junge Erwachsene im Alter zwischen 25 und 32 Jahren untersucht, die aus erheblich belasteten Familienmilieus stammen und den größeren Teil ihrer Kindheit und Jugend in Pflegefamilien verbracht haben.<sup>4</sup> Zu den Belastungen in den Herkunftsfamilien gehören schwere Traumatisierungen durch erlittenen sexuellen Missbrauch und Hospitalismus, Suizid und Mord bei Familienangehörigen. Diese jungen Erwachsenen führen heute ein weitgehend selbstständiges Leben. Unser Untersu-

chungsinteresse war darauf gerichtet, welchen Anteil die in der Pflegefamilie ablaufenden Sozialisationsprozesse an diesen günstigen Entwicklungen haben. Anders formuliert: Welche Merkmale von Pflegefamilien tragen zu diesen Entwicklungen bei?

## Strukturelle Besonderheiten von Pflegefamilien

Bei Pflegefamilien handelt es sich im Vergleich zu leiblichen Familien um einen widersprüchlichen sozialisatorischen Ort für Identitätsbildungsprozesse. Der Widerspruch liegt darin, dass hier ein Milieu, das durch die Unkündbarkeit und Unbedingtheit von Sozialbeziehungen gekennzeichnet ist, unter vertragsmäßigen Bedingungen begründet wird.<sup>5</sup> Das Verhältnis ist kündbar – durch die Pflegeeltern oder durch das Jugendamt. Im Prinzip – wenn die Betroffenenbeteiligung, die im Kinder- und Jugendhilfegesetz geregelt ist, vom verantwortlichen Jugendamt ernst genommen wird – kann das Pflegeverhältnis auch durch die Klienten, also durch das Pflegekind und dessen Familie, gekündigt werden. Im Kontext dieser widersprüchlichen Ausgangslage stellt sich an die Familienmitglieder die Herausforderung, unbedingte Beziehungen „auf Zeit“ zu entwickeln. Im Einzelnen ergibt sich folgende strukturelle Ausgangslage:

- **Die Austauschbarkeit von Personen:** Die soziale Elternschaft wird durch einen Pflegevertrag begründet; es handelt sich also - aus der Sicht der Jugendämter - um eine psycho-soziale Dienstleistung der Pflegeeltern an einem ihnen zunächst „fremden“ Kind.
- Es besteht keine *Solidarität des gemeinsamen Lebensweges*, denn das Betreuungsverhältnis ist rechtlich fixiert und befristet. Längstens mit dem 27. Lebensjahr, in den meisten Fällen allerdings beim Erreichen der Volljährigkeit, wird das Pflegeverhältnis beendet – Kind seiner Eltern bleibt man dem gegenüber sein Leben lang, das Umgekehrte gilt ebenfalls.
- Während das leibliche Kind aus der erotischen Beziehung des Paares entsteht, woraus sich eine *spezifische affektive Solidarität* speist, ist das Pflegekind aus Sicht der Pflegefamilie Kind fremder Eltern – und an



diese in der Regel affektiv auch dann gebunden, wenn die Eltern sich nachhaltig unsolidarisch verhalten haben.

■ Pflegeeltern stehen gegenüber den Herkunftseltern sowie ggf. gegenüber dem Jugendamt sowie freien Trägern der Jugendhilfe in *potentieller Konkurrenz*.

■ Die Konfrontation des Pflegekinds mit *unterschiedlichen Modellen familialer Sozialisation* ist die Regel.

Diese besonderen, durch Widersprüche gekennzeichneten Merkmale von Pflegefamilien konstituieren unaufhebbar ein Pflegeverhältnis. Sie bleiben auch dann erhalten, wenn sich im Verlaufe eines Pflegeverhältnisses eine intensive Beziehung mit den Charakteristika, die für Sozialbeziehungen in leiblichen Familien typisch sind, zwischen den Pflegeeltern und ihrem Pflegekind entwickeln sollte.

### Was macht Pflegefamilien erfolgreich? Ergebnisse unserer Untersuchung

Kurz gefasst: Pflegefamilien sind in dem Maße erfolgreich, in dem sie die erwähnten Widersprüche nicht leugnen, sondern zu ihnen ein spezifisches Verhältnis gewinnen. Eines der zentralen Ergebnisse unserer Studie ist, dass Pflegefamilienverhältnisse durch das ständige Ringen um Normalisierung der Beziehungen zwischen Pflegekind, seiner Herkunftsfamilie und der Pflegefamilie charakterisiert sind. *Sozialisation im Modus des Als-Ob* ist demnach die Schlüsselkategorie für die Sozialisationsphase des gemeinsamen Zusammenlebens in der Pflegefamilie: Pflegefamilien leben – bis auf Weiteres – so mit dem Pflegekind zusammen, als ob es sich bei der Beziehungsgrundlage um die einer leiblich fundierten Familie handeln würde.<sup>6</sup>

Besondere *eigene biografische Erfahrungen der Pflegeeltern* disponieren zu der Fähigkeit, solche Beziehungsverhältnisse einzurichten und durchzuhalten. Das Lebensthema *Fremdheit* und das *Kämpfen gegen soziale Desintegration* bilden eine wichtige lebensgeschichtliche Folie in den Familiengeschichten der Pflegeeltern, damit gleichen diese den biografischen Erfahrungen, die für die Herkunftsmilieus von Pflegekindern typisch sind. Dieses *Normalisierungsthema* scheint durchweg einen günstigen Einfluss auf die Bereitschaft von Familien zu haben, sich als Pflegefamilien zu begreifen und die damit verbundenen Herausforderungen zu bewältigen. Pflegefamilien entwickeln in diesem Kontext eine *unbedingte Solidarität bis auf Weiteres*. Dies bedeutet, dass sie, obwohl das Pflege-

verhältnis befristet ist, das ihnen zunächst fremde Kind bedingungslos akzeptieren und ihm ein hohes Maß an Vertrauen und Zugewandtheit zuteil werden lassen, ohne von ihm Gegenleistungen zu erwarten.

Auf dieser Grundlage sind Pflegeverhältnisse variabel gestaltet. Wir haben folgende Variationen gefunden:

■ Die gegenüber der Herkunftsfamilie des Pflegekinds abgegrenzte Pflegefamilie. Diese Variation einer Pflegefamilie kann einen angemessenen affektiven Rahmen für den Sozialisationsverlauf des Pflegekinds insbesondere in seinen frühen Lebensjahren bieten, eignet sich aber nicht für eine Dauerlösung. Wir haben dabei einen Fall vor Augen, bei dem die leiblichen Eltern aufgrund eines Gefängnisarrestes nach einer Kindstötung für lange Zeit ausfielen. Jedoch entstanden Probleme bei der Ablösung aus dieser Familie, da dieses Muster auf Dauer gestellt und es versäumt wurde, rechtzeitig die Familiengrenze zu öffnen, als der Pflegesohn das Alter erreicht hatte, in welchem Kinder sich von der Familie ablösen.

■ Die *Herkunftsfamilie im Kontext einer multilokalen Mehrgenerationenfamilie integrierende Pflegefamilie*. Diese Variation entfaltet ihre Möglichkeiten vor allem in Regionen, in denen das erweiterte Verwandtschaftssystem die lokalen Beziehungsmuster prägt. Ihr Risiko besteht darin, die Grenze zwischen leiblichem Kind und leiblicher Mutter (im untersuchten Fall ist der Vater abwesend) zu verwischen und beide als Pflegekinder in der Pflegefamilie zu behandeln.

■ Die *Verwandtenpflege mit asymmetrischer Paarbeziehung*. Sie ist sinnvoll, wenn es in der Verschränkung der Paarbeziehung der Pflegeeltern einerseits, der Pflegeeltern/Pflegekind-Beziehung andererseits nicht zu Verwerfungen kommt, die nicht mehr bewältigt werden können. Im untersuchten Fall lebte die Schwester, deren Bruder erheblich älter war, nach dem Tod der Eltern bei ihm und bei seiner Partnerin, die ihrerseits erheblich älter als ihr Partner war. In einer adoleszenztypischen Krisensituation schlug sich der Bruder (der die Position des Pflegevaters inne hatte) auf die Seite seiner Schwester, wurde also wieder zum Bruder, verließ auf diese Weise die Paarbeziehung und zerstörte so die strukturelle Grundlage der (Pflege)Familie. Daraufhin wurde das Pflegeverhältnis aufgelöst, an seine Stelle trat die folgende Variation:

■ Die zum *Milieu hin offene Pflegefa-*

*milie*. Sie ist für Pflegekinder in der Adoleszenz sinnvoll, für die Orientierung nach außen wichtiger ist als ein stabiler affektiver Rahmen. Letzterer wird zwar immer noch benötigt, tritt aber gegenüber der Außenorientierung in den Hintergrund und wird nur situativ von Bedeutung. Die Pflegefamilie ist in diesem Fall eine Familie, die offene Grenzen gegenüber ihrer sozialen Umwelt aufweist und auf diese Umwelt bezogen ist. Typische Beispiele für diese Variation sind Pfarrfamilien und Familienbetriebe. Die entsprechenden Milieus sind im ersten Fall die Kirchengemeinde, im zweiten Fall die Kunden und die Lieferanten bzw. Berufskollegen. Als besonders leistungsfähig stellen sich hier landwirtschaftliche Familienbetriebe heraus.<sup>7</sup>

Trotz aller Verschiedenheit leisten diese Pflegefamilien hinsichtlich der Identitätsbildung bei den Pflegekindern angesichts teils extrem schwieriger Ausgangsbedingungen Beachtliches bei der Entwicklung lebenspraktischer Autonomie der Pflegekinder. Daher kann keiner dieser Variationen ein Vorrang zugesprochen werden. Jedoch – dies sei nochmals betont – sind nicht alle Pflegefamilien für alle Sozialisationsphasen und für alle Problemlagen der Pflegekinder, die diese in das Pflegeverhältnis mitbringen, gleichermaßen geeignet. Entscheidende Kriterien sind die Fähigkeit auf Seiten der Pflegefamilie, *fallspezifische Problemstellungen* beim Kind zu erfassen, sowie die Fähigkeit, fallspezifische Entwicklungen wahrzunehmen und entsprechend den Umgangsstil zu ändern – oder aber das Pflegeverhältnis zu beenden. Im letzteren Fall kommt auf das Jugendamt die Aufgabe zu, mit dem Pflegekind, dessen Eltern sowie den bisherigen Pflegeeltern eine andere, altersangemessenere Lösung zu suchen, ggf. innerhalb des Pflegefamilienchemas, aber auch in einem anderen Rahmen, z.B. in einer Jugendwohngruppe oder in einem Kinderheim.

### Fazit: Die Pflegefamilie als Familie eigener Art

Auf Grund dieser Ergebnisse schlagen wir vor, die Pflegefamilie als eine Familie eigener Art zu verstehen: als eine soziale Einheit, deren zentrale Leistung darin besteht, dem Pflegekind Alternativen zu den Erfahrungen in ihren Herkunftsfamilien zu ermöglichen. Im Hintergrund stehen dabei die allgemein beschriebenen und eingangs erwähnten Resilienzfaktoren von Familien (sinngemäße familiäre Überzeugungssysteme, klare organisatorische Muster, klare und offene Kom-

munikationsprozesse). Auf deren Grundlage kommen die spezifischen Fähigkeiten von Pflegefamilien zum Tragen, den Pflegekindern die erwähnten Alternativerfahrenungen zu vermitteln, welche sich auf folgende Bereiche beziehen:

- Familiengrenzen,
- angemessene Strukturen in der Verschränkung von Paar- und Eltern-Kind-Beziehung,
- angemessene affektive Rahmung.

Im Zusammenleben mit Pflegekindern kommen Pflegefamilien ständig in die Situation, in diesen Bereichen fallspezifische Lösungen zu finden. Dies gelingt ihnen in dem Maße, in dem sie die entsprechenden Vorerfahrenungen der Pflegekinder erkennen, aufgreifen und auf dieser Grundlage eine gegenüber dem Herkunftsmilieu nicht bessere, sondern eine andere Sozialisationspraxis etablieren:

- Grenzerfahrenungen beziehen sich auf die Schnittstelle zwischen dem pflegefamilialen Binnenraum und dem unmittelbaren sozialen Umfeld der Pflegefamilie einschließlich des Umgangs mit dem Herkunftsmilieu der Pflegekinder. Unsere Ergebnisse zeigen, dass in allen untersuchten Pflegeverhältnissen diese Themen als Grundlage von Identitätsbildungsprozessen von Bedeutung sind. Dies betrifft die Organisation des Verhältnisses zwischen Herkunfts- und Pflegeeltern; den Übergang von der Herkunftsfamilie in die Pflegefamilie und von der Pflegefamilie zurück in die Herkunftsfamilie bzw. den Übergang in ein selbständiges Leben sowie schließlich die Thematik der Zugehörigkeits- und Loyalitätskonflikte beim Pflegekind, die dann entstehen, wenn es in einer gegenüber dem Herkunftsmilieu abgegrenzten Pflegefamilie aufwächst.
- Von günstiger sozialisatorischer Bedeutung ist das Erleben von Ein- und Ausschlussprozessen im Dreieck von Pflegemutter, Pflegevater und Pflegekind und der Arbeitsteilung innerhalb der Paarbeziehung der Pflegeeltern. In den von uns untersuchten Fällen beobachteten wir die Kombination von strukturgebendem Vater und emotional abfedernder Mutter, in einem Fall allerdings auch die Umkehrung dieser Beziehung, ohne dass dies sich zum Nachteil des Pflegekindes (in diesem Fall ein Mädchen) auswirkte.
- Die langfristig sichere affektive Rahmung des Pflegeverhältnisses im Verhältnis der Pflegeeltern gegenüber zentralen Bezugspersonen der Herkunftsfamilie des Pflegekindes. Sie wird vorwiegend von den Pflegeeltern verantwortet.

Diese Merkmale des Sozialisationsprozesses in der Pflegefamilie weisen die Pflegefamilie als Ort der Nutzung bestehender und der Entwicklung von neuen Resilienzpotentialen aus. Resilienz meint im Kontext von Pflegeverhältnissen primär die Förderung jener Prozesse, die bewirken, dass Pflegekinder das Angebot einer Unterbringung in einer Pflegefamilie annehmen können, ohne die leibliche Elternschaft als faktische lebensgeschichtliche Grundlage ihrer Identität verleugnen zu müssen.

Das Konzept der Pflegefamilie als Familie eigener Art sensibilisiert aber nicht nur hinsichtlich der empirischen Vielfalt von Formen von Pflegefamilien und ihren Leistungen, sondern ermöglicht auch ein differenziertes Verständnis vielfältiger sozialisatorischer Prozesse, die ohne Respekt für die Strukturunterschiede zwischen leiblichen Familien und Pflegefamilien nicht hinlänglich nachvollziehbar sind.

Pflegekinder gehen unterschiedlich mit sozialen Anforderungen und Entwicklungsaufgaben im Laufe ihrer Sozialisation unter den Bedingungen doppelter Elternschaft um. Neben individuellen Handlungsdispositionen der Pflegekinder wie der Bereitschaft, sich auf alternative Sozialisationsangebote einzulassen und Bezugspersonen für sich zu interessieren, tragen die Pflegeeltern und die umgebenden sozialen Milieus zur Förderung bei. Eine optimale Nutzung von Ressourcen und damit eine Steigerung von Resilienzpotentialen gelingt Pflegeeltern am ehesten, wenn sie

- reflektiert und variabel mit Familiengrenzen, Beziehungsstrukturen im Dreieck von Paar- und (Pflege-)Eltern-Kind-Beziehung und affektiven Bindungen in der Pflegefamilie umgehen;
- das Zusammenleben mit dem Pflegekind so gestalten, als ob familiäre Strukturen auch für diese Form der Familie gelten würde;
- mit dem Herkunftsmilieu (wann immer möglich) kooperieren und damit Pflegekindern mögliche Ressourcen erschließen. Die Familienmodelle der Herkunfts- und Pflegefamilie können gleichermaßen vom Pflegekind genutzt werden, um Identitätsspielräume zu erproben, wenn sie nur lebensalters- und situationspezifisch reflektiert eingesetzt werden;
- Ressourcen liegen schließlich in dem die Pflegefamilie umgebenden Milieu, das einen außerfamilialen Erfahrungsraum für den Identitätsbildungsprozess eines Pflegekindes bietet.

## Anmerkungen

1. Der Begriff „Resilienz“ ist im Fremdwörterbuch nicht enthalten. Geläufiger ist er im Englischen, dort bedeutet er „Biegsamkeit“, „Elastizität“. „To be resilient“ = hart im Nehmen sein.
2. Vgl. dazu die Beiträge in Welter-Enderlin und Hildenbrand (2006).
3. Uneingeschränkt einverstanden sind wir mit dieser Position nicht. In unserer Studie (s.u.) haben wir mindestens einen Fall untersucht, dessen gelingende Lebenspraxis ohne Rückgriff auf konstitutionelle Merkmale nicht erklärbar ist. Dazu gehören insbesondere Durchsetzungsfähigkeit und wache Intelligenz. Unbestritten ist allerdings, dass es angemessener sozialer Kontexte bedarf, um diese konstitutionellen Grundlagen wirksam werden zu lassen.
4. Projekt „Die Genese von sozialisatorischen Kompetenzen in der Pflegefamilie: Salutogenese und Resilienz“, gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft in den Jahren 2001-2005. Projektleiter: Prof. Dr. Bruno Hildenbrand. Projektmitarbeiter: Dr. Walter Gehres, Regina Soremski M.A., Daniela Schmidt M.A. Zur Übersicht über die Ergebnisse vgl. Gehres (2005). Zur Methode vgl. Hildenbrand (2004).
5. Zur hier zugrunde gelegten soziologischen Sozialisationstheorie vgl. Oevermann (2001).
6. Als-Ob ist hier nicht i.S. einer Täuschung gemeint, sondern i.S. einer – bewussten oder unbewussten – Strategie, vorübergehend Sachverhalte als gegeben anzunehmen, die nicht gegeben sind, und davon wieder abzurücken, wenn der Grund für deren Annahme nicht mehr gegeben ist. Vgl. zur philosophischen Begründung Vaihinger (1924). In die Therapie eingeführt wurde diese Kategorie von Paul Watzlawick (vgl. Video vom 6.5.1999: „Die Therapie des Als-Ob“, im Vertrieb von Angelika Steinhardt, Karlsruhe).
7. Dieser letztgenannte Punkt kann hier nur angedeutet, aber nicht ausgeführt werden. Unsere Monographie zur Pflegefamilie (in Bearbeitung) wird weitere Auskunft geben.

## Literatur

- Gehres, Walter (2005). Jenseits von Ersatz und Ergänzung: Die Pflegefamilie als eine andere Familie. *Zeitschrift für Sozialpädagogik* 3 (3), 246-271.
- Hawley, Dale R. & DeHaan, Laura (1996). Toward a Definition of Family Resilience: Integrating Life-Span and Family Perspectives. *Family Process* 35, 283-298.
- Hildenbrand, Bruno (2005). *Fallrekonstruktive Familienforschung – Anleitung für die Praxis*. (2. Aufl.) Wiesbaden: VS Verlag.
- Oevermann, Ulrich (2001). Die Soziologie der Generationenbeziehungen und der historischen Generationen aus strukturalistischer Sicht und ihre Bedeutung für die Schulpädagogik. In Werner Helsper & Susann Busse (Hrsg.), *Pädagogische Generationsbeziehungen – Jugendliche im Spannungsfeld von Schule und Familie* (S. 78-128). Opladen: Leske + Budrich.
- Oevermann, Ulrich (2004). Sozialisation als Prozess der Krisenbewältigung. In Dieter Geulen & Hermann Veith (Hrsg.), *Sozialisations-theorie interdisziplinär – Aktuelle Perspektiven* (S. 155-181). Stuttgart: Lucius und Lucius.
- Vaihinger, Hans (1924). *Die Philosophie des Als Ob*. Leipzig: Felix Meiner.
- Walsh, Froma (1998). *Strengthening Family Resilience*. New York: The Guilford Press.
- Welter-Enderlin, Rosmarie & Hildenbrand, Bruno (Hrsg.) (2006). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Werner, Emmy E. (1999). Entwicklung zwischen Risiko und Resilienz. In Günther Opp, Andreas Freytag & Günther Fingerle (Hrsg.), *Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 25-36). München: Reinhardt.

# Die Entdeckung von Bildungserfahrungen als Quelle neuer Hoffnungen

## Wie orientiert man sich an Ressourcen?

Marianne Bosshard

**E**s wird heute überall von „Ressourcen-Orientierung“ gesprochen. Aber wie orientiert man sich an Ressourcen? Wie entdeckt man sie? Lassen sie sich einfach so erfragen, wie die Hilfepläne es mit der Rubrik „Fähigkeiten und Ressourcen“ vorsehen, neben den Rubriken „Probleme“, „Störungen und Beeinträchtigungen“? Viel wird auch von „salutogenen“ oder „gesundheitsförderlichen Kräften und Dispositionen“ gesprochen – aber wie können sie gefunden, erkannt und genutzt werden? Und wer interessiert sich überhaupt dafür? Unser Gesundheitswesen führt zwar die Gesundheit im Namen – aber wo taucht sie dort auf? In der Gebührenordnung für Ärzte gibt es keine Ziffer, die die Suche nach Salutogenem honoriert. Es ist nicht die Medizin, die sich damit befasst; aber es ist die Chance der Sozialen Arbeit, mit dieser ihr seit ihren Anfängen bedeutsamen Sicht auf die vorhandenen Kräfte des Klienten das Gesundheitswesen zu bereichern.

Mit der „Bildungsanamnese“ und dem auf ihr gründenden „Bildungsförderplan“ haben wir einen Ansatz und ein Verfahren gefunden, das uns für die Entdeckung und Aktivierung von wertvollen Ressourcen hilfreich erscheint. Wir haben es zusammen mit unseren Studierenden bei psychisch kranken und süchtigen Langzeitpatienten in vielen verschiedenen Einrichtungen erprobt. Allzu schnell werden diese Patienten, ebenso wie andere Menschen, die wegen Schwierigkeiten in den Schutz von Institutionen geraten, auf die Rolle des Kranken, des Defizitwesens, des mit Störungen Behafteten festgelegt, und schließlich nehmen sie sich selbst auch nur noch so wahr und trauen sich aus dem Dunstkreis der Hilfesysteme nicht mehr heraus. Sie sind dann eben vor allem psychisch krank, abhängig, straffällig, schwer erziehbar usw. Viele unserer Klienten erzählten uns, dass sie seit ihrer Erkrankung nicht mehr nach guten Erfahrungen und besseren Zeiten gefragt worden sind. In unserem Projekt „Bildungsanamnese“ ging es aber genau darum: Wir wollten Gespräche ermöglichen, in denen die Klientinnen über sich als „gebildete“ und „sich bildende“ Menschen erzählen konnten.

### Was heißt hier Bildung?

Mit Bildung ist in diesem Zusammenhang weder Allgemeinbildung noch irgendeine Art der formalen oder bürgerlichen Bildung gemeint. Unter Bildung wird das Sich-Bilden einer Person verstanden, wenn sie sich aus Freude und Begeisterung einer Frage, einem Thema, einer Aufgabe, kurz: einem Stück Welt zuwendet und dabei alle ihre Kräfte einsetzt. Dabei geht die Initiative vom Subjekt aus, das zwar von außen angeregt werden kann, aber nicht durch äußeren Zwang zu etwas gebracht wird. Es entfalten sich dann immer schon vorhandene Kräfte – körperliche, geistige, emotionale –, und es kommt zu einer aktiven Aneignung von Welt in wechselhafter Verschränkung zwischen Welt und Individuum (Hentig 1999). Bildung in diesem Sinn ist ein Entfaltungs- und Entwicklungsprozess, bei dem das sich bildende Subjekt sich als aktiv handelnd erlebt und dabei trotz der Anstrengung Zufriedenheit und Freude spürt: über die eigene Geschicklichkeit und Kompetenz, über das Erleben von mitmenschlicher Wärme und das Geben und Nehmen beim Zusammen-Sein mit anderen oder bei sinnlichen Genüssen, Natur- oder Kunst-Erleben oder auch bei zweckfreien Betätigungen wie Spielen (Kast 2001).

Der von Csikszentmihalyi (2003) beschriebene Flow-Zustand stellt ebenfalls einen Aspekt dieses Bildungsbegriffes dar: Auch diese spezielle Glückserfahrung stellt sich ein, wenn jemand ganz in eine Tätigkeit vertieft ist und alle verfügbaren Energien zum Einsatz kommen, wenn die Aufmerksamkeit sich uneingeschränkt auf diese Aufgabe richtet und das Bewusstsein dabei klar und geordnet bleibt. So gesehen kann Bildung auch etwas scheinbar Gewöhnliches sein wie Fensterputzen, Kochen, Radfahren, sportliche Betätigung, ein Spiel, ein Spaziergang, ein Gespräch. Eine unserer Interviewpartnerinnen bringt es so auf den Punkt: „Wenn ich etwas ganz gut kann und ich stolz darauf bin. Also, wenn man Sachen tut, die einem gut tun, und wenn man dann vielleicht im Nachhinein sagen kann, das war gut, dass man das so gemacht hat.“ Über derartige Bildungserfahrungen verfügt jeder

Mensch, sie werden überall gemacht. Aber sie können in Vergessenheit geraten, wenn es jahrelang und überall nur noch um Krankheit, Schwierigkeiten und Probleme und ihre Behandlung geht, wenn Armut, Isolation und das Gefühl von Ohnmacht das Selbstvertrauen völlig überschatten.

Die Fähigkeit, sich zu bilden, ist dem Menschen in die Wiege gelegt. Von Geburt an wendet sich der Säugling mit aktivem Interesse der Umwelt zu, sucht nach Beziehungen zu anderen Menschen und nach Gelegenheiten des affektiven Austauschs. Beides führt zur Entwicklung eines Selbst, das sowohl sich selbst als auch den anderen wahrnehmen kann und, seinem jeweiligen Entwicklungsstand entsprechend, dazu in der Lage ist, sich mit anderen auszutauschen. Diese Austauschprozesse wurden von den Säuglingsforschern genau beobachtet und beschrieben (Stern 1992). Schließlich kann das Kind spielen, und das selbstvergessene Spielen lässt sich als die Urform von Bildung beschreiben. Der Kinderarzt und Psychoanalytiker Winnicott (1973) spricht vom „kulturellen Erleben“, das dann möglich ist, wenn das kleine Kind sich getrennt von der abwesenden Mutter oder einer sonst wichtigen Person erlebt, gleichzeitig aber so viel Vertrauen entwickelt hat, dass es sich trotzdem sicher fühlt. In diesem Zustand von Alleinsein und gleichzeitiger Verbundenheit entsteht ein „intermediärer Raum“, in welchem dem Kind Spielen möglich ist, d.h. kreatives, in die Tätigkeit versunkenes Gestalten von Zeit und Raum. Dieser intermediäre Raum steht auch im weiteren Leben dann zur Verfügung, wenn der Mensch sich gleichzeitig sowohl getrennt und eigenständig als auch sicher und geschützt fühlt. Nach solchen Erfahrungen und Situationen soll in der Bildungsanamnese gesucht werden.

### Erhebung einer Bildungsanamnese

Das Ziel der Bildungsanamnese ist also die Rekonstruktion und Verdeutlichung der Bildungsbiografie eines Klienten. Dabei soll er in Kontakt kommen mit seinen vitalen, aktiven, emotionalen und der Welt zugewandten Seiten. Über das Erinnern von Bildungserfahrungen und das Identifizieren der



jeweiligen individuellen, bildungsförderlichen Bedingungen (Bildungsdiagnose) sollen Ideen und Motivationen für eine zukünftige Bildungstätigkeit entwickelt werden (Bildungsförderplan).

### Vorbereitung

Sinn und Zweck der Anamnese sollen so erklärt werden, dass der Klient Lust bekommt, sich im Rahmen der nachfolgenden Gespräche mit seinen Bildungserfahrungen zu beschäftigen. Im Vorgespräch wird er bereits dazu angeregt, über sein Bildungsverständnis nachzudenken und erste Einfälle zu sammeln. Hier zeigt sich oft schon eine große Bereitschaft, einmal über etwas anderes als Probleme und Krankheit zu sprechen – aber auch die Sorge, dass sich nichts Interessantes wird finden lassen. Es empfiehlt sich, mehrere Termine zu vereinbaren, damit die Thematik sich entfalten kann. Oft werden die Pausen von den Klienten kreativ genutzt. Sie beschäftigen sich intensiv mit ihren Bildungsthemen und bringen in die nächste Stunde viele wieder entdeckte Erinnerungen und neue Überlegungen mit.

### Das Interview

Die Bildungsanamnese versteht sich als ein biografisches Interview, bei dem der Fokus auf einem vorab bestimmten Thema liegt. Methodisch bietet sich eine Mischung von narrativem und gezielt explorativem Vorgehen an. Das Gespräch sollte in einer offenen und angenehmen Atmosphäre stattfinden. Als Einstieg kann man nach dem persönlichen Bildungsverständnis des Klienten fragen und ihn auffordern, anhand eigener Kriterien von seinen Bildungserfahrungen zu erzählen. Dies kann den Erzählfluss stimulieren. Nicht selten gibt es aber auch Klienten, die es zunächst lieber haben und sich sicherer fühlen, wenn sie auf Fragen antworten können. Hier bietet es sich an, entlang des Lebenslaufs nach besonderen Interessen und Bildungserfahrungen zu suchen (s. Lazarus & Bosshard 2005: 81). Förderlich zum Aufspüren von Bildungsthemen können z.B. Fragen nach folgenden Erfahrungen sein:

- nach Aktivitäten, die Freude, Lust, Begeisterung oder sogar Glücksgefühle hervorgerufen haben;
- nach Wissensbereichen, die ein starkes Bedürfnis geweckt haben, immer mehr darüber zu lernen und zu erfahren;
- nach politischem, sozialem oder kirchlichem Engagement;
- nach Phasen intensiver Auseinandersetzung mit der eigenen Person und der eigenen Vergangenheit oder auch mit landes-, welt- oder zeitgeschichtlichen Themen;

- nach Phasen einer intensiven Beschäftigung mit dem Sinn des Lebens oder mit philosophischen oder religiösen Fragen;
- nach Geschichten und Erzählungen, die Phantasie und Einbildungskraft nachhaltig angeregt haben;
- nach der Erinnerung an Gespräche, die zu besonderen Einsichten geführt haben;
- nach Erinnerungen an Spiele, Theaterstücke oder Filme, die einen starken Eindruck hinterlassen haben;
- nach Begegnungen mit der Natur, die Ehrfurcht, Staunen, Bewunderung, Neugier und »Erkundungsdrang« ausgelöst haben.

Wenn der Klient etwas gefunden hat, wird das oft sichtbar am »Glanz in den Augen«, am lebhafter werdenden Erzählfluss und an lebendig werdender Stimme, Mimik und Gestik. Hier ist es dann wichtig, nachzufragen und Raum zu schaffen, in dem die Erinnerung sich entfalten kann. Man sollte den Klienten unbedingt dazu anzuregen, über die näheren Umstände zu sprechen, besonders auch darüber, was seiner Meinung nach diesen »Möglichkeitenraum« eröffnet hat, was ihn befreit und gleichzeitig so sicher gemacht hat, dass er sich auf diese Bildungserfahrung einlassen konnte.

Am Ende eines solchen Gesprächs ist es gut, eine Rückmeldung zu geben über die entdeckten Bildungsthemen und zu fragen, ob dies auch der Wahrnehmung des Klienten entspricht. Als Vorbereitung für den nächsten Gesprächstermin bietet es sich an, schon Themen festzulegen, z.B. abzusprechen, mit welcher Lebensphase man sich beschäftigen möchte oder welche Bildungsthemen noch vertieft werden sollen.

Am Schluss der Anamnese-Gespräche stehen Fragen, die auf die Nutzung der bildungsanamnestischen Entdeckungen für die Zukunft zielen, soll doch der nächste Schritt die Entwicklung eines Bildungsförderplanes sein.

### Der Bildungsförderplan

Die Bildungsförderung kann in fünf Schritten geplant und in Gang gesetzt werden.

#### Schritt 1: Selbstwahrnehmung schulen

Sich als lernende und sich bildende Person wahrnehmen, das geschieht schon während der Bildungsanamnese: Der Klient entdeckt Interessen und Fähigkeiten wieder, die er im Laufe seines Lebens entwickelt hat und die ihn beflügelt haben.

#### Schritt 2: Ressourcen identifizieren

Die Identifizierung früherer Bildungsquellen, Bildungsinhalte, ihrer Determinanten und Wirkungen kann man als

Bildungsdiagnose bezeichnen, d.h. es wird nicht nur beschrieben, welche Interessen der Klient im Laufe seines Lebens entwickelt hat, sondern auch, welches die inneren und äußeren unterstützenden oder behindernden Kräfte und Umstände dabei gewesen sind.

#### Schritt 3: Bildungsziele definieren

Hier geht es um die Klärung der eigenen (und nicht der geforderten) Interessen, denen sich der Klient in Zukunft mehr widmen möchte.

#### Schritt 4: Motive freilegen

Die Bestimmung der Grundlegenden persönlichen Motive erlaubt es, weitere bildungsfördernde Bedingungen zu identifizieren. Das Bedürfnis nach Kompetenz und Selbstwirksamkeitserleben ist immer ein zentraler Motor. Darüber hinaus kann man weitere Faktoren prüfen:

- In welchem Verhältnis stehen die Bedürfnisse nach Autonomie und nach Unterstützung?
- Geht es mehr um das Bedürfnis nach sozialem Austausch, nach Zugehörigkeit oder mehr um soziale Abgrenzung und soziale Distanz?
- Wie stellt sich der Klient eine Umgebung vor, die geeignet ist, seine Bildungsinteressen zu befriedigen?

#### Schritt 5: Bildungsförderplan erstellen

Bildungsförderung heißt, »kleine Brötchen zu backen«. Es ist sehr genau zu überlegen, wie und mit welcher Unterstützung die zur Aktivierung erforderlichen motivierenden, planenden und durchführenden Strategien in Gang gesetzt und aufrecht erhalten werden können. Mit dem Klienten zusammen werden die großen und kleinen Schritte überlegt, die nun anstehen. Welche Schwierigkeiten können auftreten, und wie kann man damit umgehen? Welche Beispiele gibt es dafür? Wo kann es im Alltag Annäherungen an die Interessen geben? Welcher Schritt ist als erstes zu tun, und wie wird das Gespräch über die weitere Entwicklung fortgesetzt? (Lazarus & Bosshard 2005).

### Das Beispiel von Herrn Wilde

Dem heute 48jährigen Herrn Wilde ist es trotz äußerst schwieriger Entwicklungsbedingungen möglich gewesen, immer wieder intensive Bildungserfahrungen zu machen. An seinem Beispiel wird deutlich, wie hilfreich in der für ihn besonders problematischen Pubertät und Adoleszenz pädagogische Hilfen gewesen sind, die, seinen Bedürfnissen und Interessen entsprechend, die Entstehung von Entwicklungs- und Bildungsräumen ermöglichten. Diese Unterstützung fehlte ihm später, und auch in den



vielen psychiatrischen Behandlungen fand er keine Unterstützung mehr in diesem Sinne

### **Lebensgeschichte**

Er und seine ältere Schwester wurden von der Mutter allein groß gezogen. Seine Sehnsucht nach einem Vater blieb unerfüllt. Die intensive Unterstützung und Förderung durch die Mutter hatte zur Folge, dass Herr Wilde sich sehr abhängig von ihr fühlte und nur mit Hilfe von Aggressivität Abstand halten konnte, wenn seine Ohnmachtserfahrungen unerträglich wurden. So kam er schon mit 12 Jahren in die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dem ersten Aufenthalt folgte ein langer Weg durch heilpädagogische und psychiatrische Institutionen, einschließlich acht Jahren Forensik. Heute lebt er mit Unterstützung des Betreuten Wohnens in einer dörflichen Wohngemeinschaft. Er arbeitet in einer gemeinnützigen Werkstatt, wo er eine verantwortungsvolle Codierungsaufgabe am Computer übernommen hat. In seiner Freizeit »macht« er am liebsten Kilometer auf seinem Heimtrainer.

### **Bildungserfahrungen**

Die Mutter hat bei Herrn Wilde viele Bildungsinteressen angeregt. Er war ein aufgewecktes Kind und konnte, wo er auch hinkam, Lehrer, Psychiater und Betreuer für sich einnehmen, so dass immer auch nach entwicklungsfördernden Hilfen gesucht wurde. Es hat während seines Lebens immer wieder gute Zeiten gegeben, da er in der Schule erfolgreich war, Freunde hatte, Anerkennung fand und sich sehr wohl fühlte. Dann entwickelte er viele Interessen, die er zum Teil auch in seinen Krankheitsphasen weiter verfolgte. Er schaffte es, trotz vieler Hindernisse, das Abitur zu machen und die Universität zu besuchen, eine Ausbildung zu absolvieren und gute Arbeitsstellen zu bekommen. Aber er scheiterte auch immer wieder, weil er das Gefühl hatte, den Anforderungen nicht gerecht zu werden. Dann zog er sich völlig zurück (Brochhaus 2002).

### **Bildungsförderplan**

*Schritt 1: Selbstwahrnehmung schulen.* Herr Wilde ist erstaunt, wie viele Interessen und Fähigkeiten in der Bildungsanamnese sichtbar geworden sind und ist sehr stolz darauf. Die Gespräche haben ihn jeweils weiter beschäftigt und dazu angeregt, sich an vieles, was ihn mal interessiert hat, zu erinnern. Er zeigt seine Freude über die Bücher in seinem Regal und über all die Unterlagen der von ihm absolvierten Kurse, die er aufbewahrt wie einen Schatz.

*Schritt 2: Ressourcen identifizieren.* Es findet sich viel: Mathematik, Infor-

matik, Sterne beobachten, Wandern, Kanu, Politik, Literatur. Sowohl bei seinen kindlichen als auch bei seinen späteren Bildungsinteressen war ein wichtiges »Leitmotiv« die Anerkennung, die er für sein Wissen und sein Tun erhalten hat. Schwierig wurde es für ihn dagegen dann, wenn er sich abhängig und eingeengt fühlte oder wenn er Angst hatte, jemanden, der ihm wichtig war, zu verlieren.

Er war ein vitales, neugieriges und intelligentes Kind, das schnell begriff, was für ihn als sozialen Außenseiter wichtig war. Schon als Fünfjähriger konnte er den anderen Kindern erklären, was »Exponenten« sind, dass »etwas Kleines ganz groß sein kann«.

Dass man mit wenigen Hilfsmitteln viel zustande bringen kann, zeigte er auch bei seinen späteren Hobbies, der Mathematik, am Computer oder bei seinen Sportarten Wandern und Kanufahren. Zum Wandern kam er schon als Kind über den Wanderverein, in dem die Mutter den Vorsitz führte. Sie hatte hier gute Freunde, die sich stark dafür machten, dass »der Kleine« mitkommen konnte. Sie waren bereit, ihn zu tragen, was er, ehrgeizig wie er war, versuchte, möglichst nicht in Anspruch zu nehmen. Er hat später selbst Wanderungen mit anderen organisiert oder auch alleine große, einsame Wanderungen unternommen.

Die Sterne begannen ihn zu interessieren, als er während der Pubertät unglücklich verliebt war: Er hatte ein Fernglas, Sternennatlas und Fachzeitschriften, zog sich damit zurück und fühlte sich getröstet, weil die Tages Sorgen »bei der Größe, die einen umgibt« so klein werden. Seine beste Zeit erlebte er in einem heilpädagogischen Heim, in dem er als Heranwachsender für einige Jahre betreut wurde. Hier entwickelte oder vertiefte er viele seiner Bildungsinteressen: Literatur, Politik und Mitarbeit in einer Partei, Wandern, Kanufahren. Er hatte Lehrer, die seine Begabungen erkannten, Betreuer, die ihm etwas zutrauten und einen Freund, mit dem er sich verstand und ohne Gefahr wetteifern konnte. Wichtig war außerdem, dass er dort endlich auch männliche Bezugspersonen hatte und einen neuen Abstand zur Mutter finden konnte.

### **Bildungsdiagnose**

Angriffe auf sein Selbstwertgefühl stellen eine zentrale Bedrohung in Herrn Wildes Leben dar, deswegen ist sein Ehrgeiz so lebensnotwendig. Wenn er ein Ziel nicht erreichen konnte, bedeutete das für ihn eine Katastrophe. Glücklicherweise war er, wenn er um Anerkennung nicht kämpfen musste, wie z.B. im heilpädagogischen Heim. Hier fühlte er sich einerseits sicher und

geschätzt, gefördert und zugehörig, andererseits selbständig und unabhängig. Das Heim bot ihm offensichtlich genau den ihm bekömmlichen Abstand und die ihm bekömmliche Nähe zu anderen Menschen. Aus dieser Sicherheit heraus konnte er viele Interessen entwickeln und intensive Bildungserfahrungen machen.

Die verschiedenen Bildungsinteressen machen es ihm gleichzeitig möglich, Beziehungen zu kontrollieren und sich vor Verlusten zu schützen. Alle seine Interessen helfen ihm beim Umgang mit seinen Beziehungsproblemen. Sie befriedigen seine Sehnsucht nach Kontakt und lassen ihm gleichzeitig die Möglichkeit, dabei den gewünschten Abstand zu bestimmen. So kann er sich z.B. beim Lesen ganz in ein Buch vertiefen, es aber auch jederzeit bei Seite legen, wenn er dies möchte. Beim Wandern kann er seinen Gedanken nachhängen, sich bewegen, seinen Körper spüren und etwas leisten; er kann sich mit allen Sinnen auf die Natur und die Landschaft konzentrieren oder sich seinen Begleitern zuwenden – auch dabei ist der Abstand je nach Bedarf variierbar. Beim Beobachten der Sterne kann er sein mathematisches Wissen nutzen, vor allem aber sich aufmerksam einer Sache zuwenden, die ihm gewiss niemals zu nahe kommen und trotzdem immer für ihn da sein wird.

*Schritt 3: Bildungsziele definieren.* Das Lesen ist für ihn bis heute wichtig geblieben. So nimmt er bereits seit einiger Zeit an einer Literaturgruppe in seiner Wohngemeinschaft teil und schätzt es sehr, dass hier Auseinandersetzungen möglich sind, ohne dass es nötig ist, konkrete Beziehungen einzugehen. Man hat ja ein gemeinsames Thema.

An seine vielen Wanderungen erinnert er sich sehr gern. Vieles spricht dafür, dieses Hobby wieder zu aktivieren: Es wäre ein schöner Ausgleich zu seiner sitzenden Beschäftigung, er spürt die alte Begeisterung für Natur und Landschaft, und er würde vielleicht andere Menschen kennen lernen.

Auch das Beobachten der Sterne würde er gern wieder systematischer aufnehmen. Die Muße, die man dafür braucht, würde ihm gut tun, ebenso die Konzentration, die Aufmerksamkeit, auch die Aktivierung seiner physikalischen und mathematischen Grundkenntnisse. Er müsste sich ein Fernglas, Literatur, Sternenkarten besorgen, könnte Kontakt zu den »Sternenfreunden« aufnehmen und vielleicht gelegentlich an Veranstaltungen der Volkssternwarte teilnehmen.

Politische Aktivitäten waren für Herrn Wilde in seinen jungen Jahren sehr wichtig. Damals wollte er mit sei-

nen Freunden »was verändern«. Heute könnte er über die Mitarbeit in der Ortsgruppe seiner Partei Anteil nehmen an den lokalen Entwicklungen, ohne dass er gleich die Revolution herbeiführen müsste.

**Schritt 4: Motive freilegen.** Bei all den genannten Interessen geht es Herrn Wilde nicht nur darum, seine alten Fähigkeiten, von denen er spürt, dass sie noch vorhanden sind, zu reaktivieren. Er möchte sich auch wieder als denkenden, beobachtenden, verstehenden und körperlich tätigen Menschen erleben und anderen zeigen können. Dabei sind ihm Kontakte zu anderen Menschen wichtig, sie dürfen aber nicht zu nah und zu warm sein. Er hat in den verschiedenen Therapien, die er mitgemacht hat, gelernt, wie er am ehesten seine Impulsivität beherrschen kann, und möchte dies auch bei der Organisation seines Alltags und der Gestaltung seiner Beziehungen berücksichtigen. Gleichzeitig weiß er, dass er, trotz all seiner Wünsche nach Selbstständigkeit und Autonomie, angewiesen ist auf Unterstützung und Anregung durch andere.

**Schritt 5: Bildungsförderplan erstellen.** Bei der Wiederentdeckung seines Interesses am Sterne-Beobachten stellte sich heraus, dass er dieses Interesse mit einem Betreuer teilte. So ergaben sich direkte und einfach zu realisierende Möglichkeiten zu gemeinsamen »Sternenstunden« und Gesprächen darüber. Durch diese Gemeinsamkeit vertiefte sich ohne großen Aufwand die Beziehung zum Betreuer, die dann Ausgangspunkt für weitere Aktivitäten werden konnte: Suche nach einem gebrauchten Fernrohr, Austausch von Informationen, »Sternegucken« als Betätigung innerhalb der Wohngemeinschaft.

Um das Wandern wieder aufzunehmen, wollte Herr Wilde sich um einen Wanderverein kümmern, hatte aber eine Reihe von Bedenken: Wie würde er mit einer unbekannt Gruppe, die vielleicht schon seit Jahren zusammen wanderte, klar kommen? Wie würden diese Menschen auf ihn reagieren? Würde er interessant genug sein? Was wäre, wenn man einkehrt und er kaum Geld hat? Auf der anderen Seite waren die äußeren Voraussetzungen günstig: die nächste Ortschaft mit einem Wanderverein war einfach zu erreichen, er besaß gute Wanderschuhe und war körperlich relativ fit. Schließlich übernahm sein Betreuer die Rolle eines Vermittlers. Herr Wilde fühlte sich auf einen »Motivator« angewiesen, auf jemanden, der den ersten Schritt tat, den Anruf tätigte und mit ihm zusammen einen ersten Wandertermin wahrnahm. Als dies geschehen war, verlief die erste Wanderung für ihn zur vollen Zufriedenheit.

Die Kontaktaufnahme zur politischen Ortsgruppe hatte ebenfalls einen längeren Vorlauf. Aber schließlich war es ein kleineres Problem für ihn, dort regelmäßig zu einer Sitzung zu gehen, als den ganzen Tag an einer Wanderung teilzunehmen. Es gab eine Tagesordnung, die ihm Sicherheit vermittelte, er musste sich nicht aktiv beteiligen, gehörte aber doch irgendwie dazu, auch weil er einen finanziellen Beitrag leistete, und er konnte sich an Organisationsaufgaben beteiligen.

Die überraschende Entdeckung bei alledem war, dass es schließlich und endlich durchaus ausreichend und beruhigend war, »in der Regionalliga mitzuspielen – nach lebenslangen Bemühungen, in die Bundesliga aufzusteigen.« Wichtig war ihm aber auch, dass die Betreuer wussten, dass er

immer wieder ermuntert, erinnert und gefragt werden musste – und zwar auf eine »väterliche Art«: beschützend, sein Leistungsvermögen berücksichtigend, nicht zu viel fordernd, aber Tipps gebend. »Dann kommen die Veränderungen irgendwann vielleicht doch noch aus eigenem Antrieb.«

Wir haben Bildungserfahrungen bei allen befragten Klienten ausgemacht, gleichgültig, aus welchem Bildungsmilieu sie stammten, und auch dann, wenn Vernachlässigungen und schwerwiegende Belastungen ihre Entwicklung prägten. Sie alle haben etwas gefunden, dem sie sich zuwenden konnten, das vielleicht auch irgendwie einen Beitrag zum Überleben geliefert hat. Es geht darum, diese Erfahrungen zu identifizieren, ihren Wert zu erkennen und dem Betreffenden erkennbar zu machen.

#### Literatur

Csikszentmihalyi, Mihaly (2003). *Flow. Das Geheimnis des Glücks*. (11. Aufl.) Stuttgart: Klett-Cotta. (Originalausgabe 1992.)

Hentig, Hartmut von (1999). *Bildung*. Weinheim: Beltz. (Beltz-Taschenbuch. 35.) (Originalausgabe München: Hanser 1996.)

Kast, Verena (2001). *Freude, Inspiration, Hoffnung*. (3. Aufl.) München: Deutscher Taschenbuch-Verlag. (Originalausgabe 1997.)

Lazarus, Horst & Bosshard, Marianne (2005). *Bildung als Chance. Ressourcenorientierte Biografiearbeit mit chronisch psychisch kranken und drogenabhängigen Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Stern, Daniel (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Amerikanisches Original 1985.)

Winnicott, Donald Woods (1973): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Konzepte der Humanwissenschaften.) (Amerikanische Originalausgabe 1971.)

## Resilienz - Kommentierte Auswahlbibliografie

### Gernot Hahn

Amering, Michaela & Schmolke, Margit (ersch. 2007). *Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Recovery bedeutet Genesung. Der Begriff steht auch für einen Paradigmenwechsel in der wissenschaftlichen Psychiatrie: Die Annahme, Schizophrenie u.a. psychische Erkrankungen sind unheilbar, wird schlüssig widerlegt, womit auch überfürsorgliche Behandlung und „Belagerung“ der Patienten in Frage gestellt werden. Anhand von exemplarischen Fallbeispielen werden neue ressourcenorientierte - Versorgungskonzepte vorgestellt.

Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt.

Die Deutsche Übersetzung des Hauptwerks Antonovskys, „Unraveling the Mystery of Health“ von 1987. Beschrieben wird das Konzept „Saluto-

genese“, als emotional-kognitiv-motivationales Konstrukt der Persönlichkeit, welches gelingende Krankheitsbewältigung und Gesunderhaltung beschreibt.

Bengel, Jürgen, Strittmatter, Regine & Willmann, Hildegard (1999). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise*. (3. Aufl.) Köln: BzGA. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. 6.) (Originalausgabe 1998.)

Veröffentlichung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Kurzfassung des Salutogenesekonzepts Antonovskys, Anwendungsbeschreibung des Konzepts in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens. Überblick zur Forschung, die dem Salutogenesekonzept verpflichtet ist. Als Printausgabe vergriffen, verfügbar als Onlinefassung auf der Seite des BzGA.

Dross, Margret (1991). Warum bin ich trotz allem gesund geblieben? Subjektive Theorien von Gesundheit am Beispiel psychisch gesunder Frauen. In Uwe Flick (Hrsg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen* (S. 59-69). Heidelberg: Asanger. Kurzfassung eines qualitativen Forschungsprojekts, das überdurchschnittlich belastete, psychisch gesunde Frauen und deren Wissen über eigene Schutzfaktoren beschreibt.

Faltermaier, Toni (1994). *Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim: Beltz - Psychologie Verlags-Union.

Darstellung der Konzepte Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln, hier nicht im Kontext von Resilienz, sondern als Konzept der Gesundheitsvorsorge.

Fiedler, Peter (1981). *Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Grundlagen einer kooperativen Psychotherapie*. Weinheim: Edition Psychologie. (Texte zur klinischen Psychologie.)

Darstellung Ressourcen orientierter Psychotherapie, entsprechender Therapiegrundlagen und -techniken.

Fiedler, Peter (2004). Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeutenjournal*, 3 (1), 4-12.

Fortführung der Arbeiten Fiedlers aus den 1980er Jahren (s.o.), hier bezogen speziell auf PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen.

Franz, Matthias, Lieberz, Klaus & Schepank, Heinz (2000). *Seelische Gesundheit und neurotisches Elend. Der Langzeitverlauf in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.

Eine der vielen Veröffentlichungen aus dem „Mannheimer Kohortenprojekt“, einer Langzeitstudie zum Krankheitsverlauf in der Normalbevölkerung. Untersucht wurden Menschen einer Deutschen Großstadt der Geburtsjahrgänge 1935, 1945 und 1955. Gegenstand waren psychosomatische Krankheitsbilder und der Verlauf im unbehandelten Zustand. Benennung der Entstehungsbedingungen psychogener Erkrankungen und potentiell (selbst-)heilender Faktoren, die sich günstig auf deren Entwicklung auswirken.

Gunkel, Stefan & Kruse, Gunther (Hrsg.) (2004). *Salutogenese, Resilienz und Psychotherapie. Was hält gesund? Was bewirkt Heilung?* Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union.

Tagungsband der 33. Langeooger Psychotherapiewoche zum Thema Resilienz. Beiträge zur Rezeption des Salutogenesekonzepts in Europa, Anwendung in speziellen Arbeitszusammenhängen (Krisenintervention, Traumatherapie, Psychosomatik), zur Krankheitstheorie (Symptombildung als Lösungsversuch), Resilienz in Helferberufen und die Bedeutung der Bindungstheorie für das Resilienzkonzept.

Hahn, Gernot (2006). *Rückfallfreie Sexualstraftäter. Salutogenetische Faktoren bei ehemaligen Maßregelpatienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Qualitative Studie, die einen Einblick in die Lebenswelten rückfallfreier Sexualstraftäter gibt. Benennung einzelner protektiver Faktoren bei dieser speziellen Patientengruppe und Identifikation bestimmter Protektionstypen. Anwendungsbeispiele, wie protektive Faktoren im Rahmen stationärer und ambulater Behandlung genutzt und gefördert werden können, Darstellung der Bedeutung protektiver Faktoren für die Kriminalprognose.

Hannöver, Wolfgang, Michael, Andrea, Meyer, Christian, Rumpf, Hans-Jürgen, Hapke, Ulfert & John, Ulrich (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie. Psychosomatik. Medizinische Psychologie* 12 (54), 179-186.

Darstellung der Problematik zur Operationalisierung des von Antonovsky entwickelten SOC-Fragebogens (zur Messung des „Kohärenz-

gefühls“). Die SOC-Skala wurde in ihren Ursprüngen an bestimmten (belasteten) Bevölkerungsgruppen entwickelt und erprobt, so dass in der Vergangenheit Probleme in der Anwendung in der sog. Normalbevölkerung die Folge waren, u.a. da keine Wertungen für einen „hohen“, „mittleren“, oder „niedrigen“ SOC-Wert vorlagen. Beitrag zur Normierung der SOC-Skala.

Hennig, Jürgen (1998). *Psychoneuroimmunologie. Verhaltens- und Befindenseinflüsse auf das Immunsystem bei Gesundheit und Krankheit*. Göttingen: Hogrefe.

Beitrag aus der interdisziplinären Forschung zur Auswirkung von Prozessen des Nerven- und Hormonsystems und immunologischen Prozesse auf Befindlichkeit, Verhaltensregulation Krankheitsbewältigung und Gesunderhaltung. (Auch) eine gut lesbare Einführung in die Psychoneuroimmunologie für Sozialberufe.

Hönnmann, Hermann J. & Schepank, Heinz (1983). Life-Events in der Allgemein-Bevölkerung. Vorläufige Ergebnisse aus einer psychosomatisch-epidemiologischen Feldstudie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 29, 110-126.

Kurze Darstellung des Life-Event-Konzepts. Darstellung bedeutender biografischer Ereignisse, deren Bewältigung und Auswirkung belastender, nicht bewältigbarer Reize auf die Entstehung psychosomatischer Krankheitsbilder.

House, James S. (1981). *Work, stress and social support*. Reading, MA: Addison Wesley.

Grundlagenliteratur zur Bedeutung sozialer Unterstützungsprozesse bei der Bewältigung von Stressoren.

Jork, Klaus & Peseschkian, Nossrat (2003). *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben*. Bern: Huber.

Ressourcenorientierte Psychotherapie. Darstellung des Salutogenesekonzepts und dessen Bedeutung in Diagnostik und Therapie psychischer Störungen und der daraus entwickelten Gesundheitsmodelle. Fallbeispiele zu unterschiedlichen Krankheitsbildern verdeutlichen die Methodik des Behandlungsansatzes.

Kobasa, Suzanne C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 37, 1-11. Darstellung zur Stressbewältigung mit dem Konzept „Hardiness“ und dessen Bedeutung zur Gesunderhaltung.

Lazarus, Horst & Bosshard, Marianne (2005). *Bildung als Chance. Ressourcenorientierte Biografiearbeit mit chronisch psychisch kranken und drogenabhängigen Menschen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Anwendungsbeispiel zur Ressourcenorientierten Arbeit mit hard-to-reach-groups. Methodik zur Reaktivierung positiver Bildungserfahrung und deren Nutzung in beratenden und behandelnden Interventionen.

Lazarus, Richard S. (1993). Coping theory and research. Past, present and future. *Psychosomatic Medicine* 55, 234-247.

Übersichtsartikel zur Copintheorie und Copingforschung, Darstellung bisheriger Forschungsansätze und künftiger Forschungsfragestellungen.

Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Grundlagenliteratur zur Stressbewältigung. Theorie zur Primär- und Sekundärbewertung von Stressoren, Problemorientierter und Selbstregulierender Copingstrategien.

Lösel, Friedrich, Kolip, Petra & Bender, Doris (1992). Stress-Resistenz im Multiproblem-Milieu. Sind seelisch widerstandsfähige Jugendliche „Superkids“? *Zeitschrift für klinische Psychologie* 11, 48-63.

Kurzfassung der Forschungsergebnisse zur Resilienz gefährdeter Kinder und Jugendlicher aus Multiproblemfamilien.

Margraf, Jürgen, Siegrist, Johannes & Neumer, Simon (Hrsg.) (1998). *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin: Springer.

Darstellung traditionell medizinischer Orientierung (Pathogenese) und Gesundheitstheorien, die sich auf das Salutogenesekonzept beziehen. Ausführlicher Vergleich beider Systeme und Versuch einer Synthese.

Reister, Gerhard (1995). *Schutz vor psychogener Erkrankung*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Eine der vielen Veröffentlichungen aus dem „Mannheimer Kohortenprojekt“. Darstellung v.a. der Entstehungsphase protektiver Faktoren in der (frühen) Kindheit und deren Wirkung im Zusammenhang mit auftretenden, belastenden livevents. Diskussion unterschiedlicher Schutzfaktoren bei Frauen und Männern.

Schepank, Heinz (Hrsg.) (1990). *Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankung heute*. Berlin: Springer.

Verlaufsuntersuchung zur Entwicklung psychogener Erkrankungen in der Normalbevölkerung, v.a. im Kontext un behandelter Krankheitsphasen. Das Datenmaterial wurde ebenfalls im „Mannheimer Kohortenprojekt“ (s.o.) erhoben.

Schepank, Heinz, Hilpert, Hermann, Hönnmann, Hermann, Janta, Bernhard, Parekh, Hildegard, Riedel, Peter, Schiessl, N., Stork, H., Tress, Wolfgang & Weinhold-Metzner, Martina (1984). Das Mannheimer Kohortenprojekt – Die Prävalenz psychogener Erkrankungen in der Stadt. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin* 30, 43-61.

Übersichtsartikel zum „Mannheimer Kohortenprojekt“, Projektaufbau, Forschungsansatz und -methode, zentrale Forschungsergebnisse.

Schumacher, Jörg, Gunzelmann, Thomas & Brähler, Elmar (2000). Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. *Diagnostica* 46 (4), 208-213.

Darstellung der Forschungs- und Entwicklungsarbeit zur Normierung der SOC-Skala in Deutschland.

Schwarzer, Ralf & Leppin, Anja (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe. Sehr umfangreiche Überichtsarbeit zum (1989) aktuellen Forschungsstand zur Wirkung sozialer Netzwerke im Zusammenhang Gesunderhaltung/ Gesundung.



Stark, Wolfgang (1996). *Empowerment. Neue Handlungskonzepte in der psychosozialen Praxis*. Freiburg: Lambertus.

Darstellung des ideengeschichtlichen Hintergrunds der Entwicklung einer Empowermentperspektive in der Sozialen Arbeit. Beschreibung von Dynamik und Entwicklungsverlauf in Empowermentprozessen und der personalen, organisatorischen und strukturellen Voraussetzungen des Ansatzes im Alltag und in professionellen Unterstützungsprozessen.

Tress, Wolfgang (1986). *Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen Psychogene Störungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Eine weitere Veröffentlichung aus dem „Manheimer Kohortenprojekt“ (s.o.). Darstellung der Protektivfaktoren, welche frühkindliche Belastungsfaktoren günstig beeinflussen, d.h. abschwächen können. Ausführlich wird der Schutzfaktor „stabile Bezugsperson während der Kindheit“ erörtert.

Viehhauser, Ralph (2000). *Förderung salutogener Ressourcen. Entwicklung und Evaluation eines gesundheitspsychologischen Trainingsprogramms*. Regensburg: Roderer.

Auf Grundlage des Salutogenesekonzepts wird ein Trainingsprogramm zur Gesundheitsförderung vorgestellt, dessen Wirksamkeit evaluiert wurde. Umfangreiche Methoden und Techniken zur Gesundheitsförderung in unterschiedlichen settings.

Welter-Enderlin, Rosmarie & Hildenbrand, Bruno (Hrsg.) (2006). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer.

Aktuelle Beiträge zur Resilienzforschung im Kontext von Beratung und Therapie, familiären Netzwerken, Krisenintervention, Migration und Flucht, Traumabewältigung. Daneben auch ein Beitrag zur Resilienz bei Professionellen in Helferberufen.

Werner, Emmy E. & Smith, Ruth S. (1982). *Vulnerable but invincible. A study of resilient children*. New York: McGraw Hill.

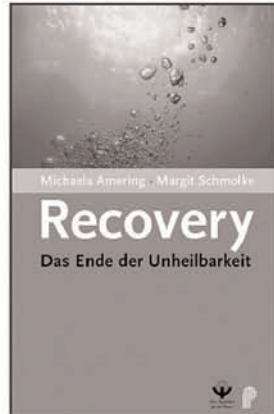
Die Autorinnen haben eine der ersten Längsschnittstudien (Kohortenstudie) zur Resilienz bei in der Kindheit belasteten Personen auf der Hawaiiinsel Kauai durchgeführt. Fokussiert werden personale Faktoren, welche in Interaktion mit der sozialen Umwelt positive Reaktionen provozieren. Dabei wird auf die besondere Rolle familialer Prozesse und sozialer Netzwerke/soziale Unterstützung hingewiesen.

Wydler, Hans (Hrsg.) (2000). *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. Weinheim/München: Juventa.

Reader zur aktuellen Diskussion um das Konzept der Salutogenese und seiner Bedeutung für die Gesundheitswissenschaften. Beiträge zur theoretischen und konzeptuellen Weiterentwicklung, Forschung und ressourcenorientierter Praxisansätze in der Suchtkrankenhilfe, Psychotherapie und pflegerische Handlungsfelder.

## ANZEIGE

# Hoffnung macht Sinn



Michaela Amering, Margit Schmolke

## Recovery – Das Ende der Unheilbarkeit

ISBN 978-3-88414-421-3  
ca. 280 Seiten, 24,90 Euro

Recovery – dieser Begriff steht für einen Paradigmenwechsel in der wissenschaftlichen Psychiatrie: Die seit über 100 Jahren bestehende Annahme, Schizophrenie u.a. psychische Erkrankungen seien unheilbar, wird endgültig widerlegt. Dieses Buch bietet einen einzigartigen Überblick über

neue Versorgungskonzepte, die Psychiatrie-Erfahrene als Experten an Forschung und Behandlung psychischer Erkrankungen beteiligen. Die individuellen Genesungswege zeigen, dass es die wichtigste Aufgabe psychiatrisch Tätiger überhaupt ist, die Hoffnung auf Besserung und Genesung zu erhalten, die psychischen Widerstandskräfte zu stärken und den Zugewinn an Lebensqualität zu erhöhen.



Marianne Bosshard, Ursula Ebert,  
Horst Lazarus

## Soziale Arbeit in der Psychiatrie

ISBN 978-3-88414-424-4  
3., vollständig bearbeitete Auflage  
geb., ca. 520 Seiten, 29,90 Euro

Dieses Lehrbuch überzeugt durch die besondere Sichtweise, den Praxisbezug und die Studienrelevanz. Anhand von Fallgeschichten werden die Anforderungen und Aufgaben der Sozialen Arbeit plastisch beschrieben. Durch den modulartigen Aufbau ist es in allen Stufen der neuen Studiengänge einsetzbar sowie auch für die Weiterbildung zu nutzen.



Andreas Knuf, Margret Osterfeld, Ulrich Seibert

## Selbstbefähigung fördern Empowerment und psychiatrische Arbeit

Überarb., erw. Neuaufl., 978-3-88414-413-8  
300 S., 22,90 Euro

Selbstbefähigung kann nur von den Klienten selbst ausgehen. Psychiatrisch Tätige können jedoch solche Prozesse anregen, begleiten und verstärken. Dieses Buch sagt wie.

[www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)