

Deutsche Arbeitsgemeinschaft
für Jugend- und Eheberatung e.V.

Wenn sich die Welt ver-rückt

**Psychische Erkrankungen
in der Beratung**

Informationsrundschreiben
Nr. 219 August 2009

DAJEB

Vorstand der DAJEB

- Präsidentin:** Renate Gamp
Dipl.-Psychologin,
Psych. Psychotherapeutin,
Supervisorin (BDP) Postillionweg 22
24113 Kiel
Tel.: 04 31 / 9 12 20
- Vizepräsident:** Berend Groeneveld
Dipl.-Psychologe,
Psych. Psychotherapeut,
Supervisor (BDP) Roonstr. 53
32105 Bad Salzuflen
Tel.: 0 52 31 / 99 28 - 0
- Beisitzer:** Patrick Friedl
Wissensch. Mitarbeiter,
Eheberater Würzburg
Tel.: 09 31 / 4 52 34 21
- Petra Heinze
Dipl.-Staatswissenschaftlerin,
Supervisorin (DGSv), Ehe-
und Erziehungsberaterin Heinrich-Heine-Straße 18
14712 Rathenow
Tel.: 0 33 85 / 51 41 40
- Rolf Holtermann
Pfarrer, Eheberater Baumgarten 4
47533 Kleve
Tel.: 0 28 21 / 3 04 31
- Petra Thea Knispel
Dipl.-Soz.-Pädagogin,
Eheberaterin Beethovenstr. 6 A
12247 Berlin
Tel.: 0 30 / 4 50 - 56 06 00
- Cornelia Strickling
Dipl.-Psychologin,
Eheberaterin Humboldtstr. 14
49661 Cloppenburg
Tel.: 0 44 71 / 8 37 81
- Cornelia Weller
Dipl.-Soz.-Pädagogin,
Eheberaterin Rosentalgasse 7
04105 Leipzig
Tel.: 03 41 / 2 25 27 44
- Bundesgeschäftsführer:** Dr. Florian Moeser-Jantke
DAJEB
Neumarkter Straße 84 c
81673 München
Tel.: 0 89 / 4 36 10 91
Fax: 0 89 / 4 31 12 66
info@dajeb.de
http://www.dajeb.de

Inhaltsverzeichnis

Rolf Holtermann	Zu diesem Heft	2
	Jahrestagung 2009	
Renate Gamp	Eröffnung der Jahrestagung 2009	4
Ulrich Paschold	Grußwort des BMFSFJ	6
Dr. David Althaus	Depression – Krankheit des 21. Jahrhunderts	9
	Aus den Arbeitsgruppen:	
Christoph Krämer	Umgang mit Borderlinern in der Beratung	19
Henrik Meyer	Drogen	21
Monica Bonetti	Essstörungen	24
Dr. Olga Sokolova	Psychosen bei Kindern und Jugendlichen	29
Ulrich Strickling	Burnout, Sekundärtraumatisierung und Psychohygiene in der Arbeit mit traumatisierten Klient(inn)en	32
Dr. Elisabeth Streit	Früherkennung von Personen mit erhöhtem Psychoserisiko	37
Dr. Vita Heinrich-Clauer	Depressive Störungen in der Beratungspraxis	38
Christoph Krämer	Narzisstische Persönlichkeiten in der Beratung	41
Dr. Gerald Abl	Umgang mit Alkoholabhängigkeit in der Beratung	43
Dr. Jörg Clauer	Wege aus der Seelenblindheit – Psychosomatisch erkrankte Klienten in der Beraterpraxis	44
Andreas Schrappe	Kinder psychisch kranker Eltern	46
	Mitgliederversammlung 2009	
	Bericht über die Mitgliederversammlung 2009	49
	Arbeitsgruppen der Mitgliederversammlung	51
Renate Gamp	Vorstandsbericht Mai 2008 - Mai 2009	53
	Tätigkeitsbericht für das Jahr 2008	62
	Rezensionen	
Gertraude Kühnle-Hahn	Roland Kachler: <i>Wie ist das mit ... der Trauer</i>	82
Ulrike Heckel	Ina König: <i>Die Liebe hört niemals auf</i>	83
	Aus Recht und Verwaltung	
	Das neue Verfahrensrecht in Familiensachen	85

Zu diesem Heft

Liebe Leser und Leserin,

dass die DAJEB 60 Jahre alt wurde und die Resonanz auf die Jahrestagung 2009 unter dem Thema: "Wenn sich die Welt ver-rückt" in Saalfeld/Thüringen so erfreulich war, hat uns nicht verrückt gemacht, aber sehr gefreut. 120 Teilnehmende folgten dem spannenden Hauptvortrag von Prof. Dr. David Althaus über die Depression, der seelischen Erkrankung des 21. Jahrhunderts.

"Wenn wir bedenken, dass wir alle verrückt sind, ist das Leben erklärt." Mark Twain

Was Mark Twain ironisch gemeint hat, kann dazu ermutigen, Menschen mit psychischen Störungen anzunehmen, das Besondere und Einmalige, das uns Herausfordernde und unsere Möglichkeiten Begrenzende in der Begegnung mit Menschen zu entdecken, für die sich die Welt ver-rückt hat. Immer mehr Ratsuchende sind therapiereifen. Sie bearbeiten ihre Probleme in Beratungsstellen weiter, wertschätzen die kurzfristigen zeitlichen Hilfsangebote sowie deren Niedrigschwelligkeit und Anonymität. Die Dokumentation unserer Jahrestagung 2009 wird hoffentlich dazu beitragen, dass wir als Berater(innen) besser mit Besonderheiten bzw. Störungsbildern umgehen können, die uns bei der Arbeit mit Ratsuchenden begegnen. Auch die Auswirkungen von psychischen Störungen auf die Person und ihr soziales Umfeld, ihre Beratungsbereitschaft und -fähigkeit müssen bedacht werden. Berater(innen) können Störungen mit Krankheitswert nicht therapieren, aber um uns und unseren Auftrag abzugrenzen, um Störungen mit Krankheitswert erkennen zu können, müssen wir uns selber erst einmal sachkundig machen.

Klaus Dörner und Ursula Plog haben mit ihrem Buch *Irren ist menschlich* (Dörner/Plog, 8/1994) seiner Zeit für die Lehre in der Psychiatrie Maßstäbe gesetzt. Ihre Absicht war es, daran zu erinnern, dass die Psychiatrie ein Ort ist, wo der Mensch in seinen oft nicht auflösbaren Widersprüchen und Spannungen besonders menschlich ist (aaO, S.9). Sie haben das Verständnis vom Menschen ausgeweitet und ihn nicht mehr als einen isolierten Menschen betrachtet. Ihre Betrachtungsweise war nicht allein anthropologisch, sondern auch ökologisch. Ihr Ansatz ging von dem Verständnis aus, dass man es "stets mit der "Landschaft" (Kapapa) der Not mehrerer Menschen" zu tun hat, mit "ihrem "Haushalt" an Wohn- und Arbeitsbeziehungen, in deren Abhängigkeiten wir uns einzumischen haben. (aaO, S.8) Eine ihrer Fragen war: "Was macht die Landschaft in unseren Breiten so depressionsfreundlich?" Dazu einige Antworten:

- Die Landschaft ist räumlich und zeitlich nicht mehr unendlich,
- das vorhandene Arbeitsvolumen in unserer Gesellschaft ist rückläufig und die Möglichkeit, einen Arbeitsplatz zu finden und sich darin zu verwirklichen, ist begrenzt,
- das Privatleben wird mit Erwartungen nach Selbstständigkeit, Selbstverwirklichung und Geschlechtergerechtigkeit überfordert,

- Partnerschaft, die eigentlich mehr von der Pflege der Unterschiede als der Gleichheiten lebt, wird von Harmonievorstellungen überfordert usw. (vgl. aaO, S. 195-197).

Über solche landschaftlichen Seelenbedingungen unseres Lebens kann ich in der Begegnung mit Ratsuchenden, deren Welt sich ver-rückt hat, auch etwas für mich erkennen und lernen. Vielleicht merken Sie deshalb als Leser(in), dass Sie über den einen oder anderen Beitrag oder Bericht nicht schnell hinweg lesen können, weil Sie sich selber bei der Frage ertappen: "Wie ist das bei mir?" oder "Welche Lebensbedingungen beeinflussen mein persönliches Leben und mein seelisches Wohlbefinden?" Dann nehmen Sie sich Zeit für diese Reise nach innen und schauen Sie sich Ihre Seelenlandschaften genauer an. Die Aufmerksamkeit, die Sie für sich haben, wird auch Ihre Aufmerksamkeit für die Seelenlandschaften der Ratsuchenden schärfen. Wir tun unsere Arbeit letztendlich getragen von der Überzeugung, dass wir als Person im beraterischen Kontext das einzige Medium sind, was zählt. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen allen gelingende beraterische Beziehungen, die Sie nicht ver-rückt machen, aber die Sichtweisen über den Menschen und Einsichten in die Menschen, die bei uns Rat suchen, in ein neues Licht rücken.

Ihr Rolf Holtermann

Renate Gamp

Eröffnung der Jahrestagung 2009 in Saalfeld

Sehr geehrte Damen und Herrn,
liebe Mitglieder und Gäste.

ich begrüße Sie alle herzlich zu unserer Jahrestagung 2009 hier in Saalfeld.

Das Thema "Wenn sich die Welt ver-rückt - Psychische Erkrankungen in der Beratung" haben wir für die diesjährige Jahrestagung gewählt, weil die Zahl der Klientinnen und Klienten mit psychischen Störungen in den Beratungsstellen zunimmt. Zwei Gründe sind hierfür wesentlich:

- einmal nimmt die Zahl der psychischen Störungen in der Bevölkerung quantitativ zu,
- zum anderen werden psychosoziale Beratungsstellen zunehmend von der Bevölkerung als niedrighschwelligeres Hilfsangebot gegenüber Kliniken oder psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen akzeptiert.

Die psychische Störungen selbst können zwar nicht von Beraterinnen und Beratern behandelt werden, gleichwohl gilt es, sensibel für deren Auswirkungen und Weiterbehandlung zu sein.

Psychische Erkrankungen spielen eine besondere Rolle in familiären Konflikten und Paarbeziehungen und belasten im Besonderen Kinder in betroffenen Familien.

Die Beraterinnen und Berater selbst sehen sich herausgefordert

- in ihrer persönlichen Belastbarkeit,
- in der Frage nach Kenntnissen über psychische Erkrankungen,
- in ihrer Fähigkeit, Beratungsbereitschaft und -fähigkeit Betroffener einzuschätzen und
- in helfenden Netzwerken zu denken.

Als wir das Thema "Wenn sich die Welt ver-rückt" vor über zwei Jahren wählten, konnten wir nicht ahnen, wie präzise dieser Titel die aktuelle Wirtschafts- und Finanzkrise beschreibt. Und auch die Titel des Hauptreferates und einiger Arbeitsgruppen scheinen von bestürzender Aktualität zu sein:

- Wird die "Depression" - der Wirtschaft - zur "Krankheit des 21. Jahrhunderts" - zumindest noch in den nächsten Jahren?

oder

- denkt man bei den "Narzisstischen Persönlichkeiten", die in Arbeitsgruppe 8 behandelt werden, nicht auch an die Manager der Großbanken und Invest-

mentfonds, die in ihrer Hybris in Kauf nahmen, dass die wirtschaftlichen und sozialen Fundamente unserer Gesellschaft drohen zusammenzubrechen?

Bevor wir uns aber wegen der beängstigenden Wirtschaftslage nun alle zum Drogenkonsum in Arbeitsgruppe 2 oder zum feuchtfröhlichen Trinken in Arbeitsgruppe 9 begeben, begrüße ich sehr herzlich unsere Referentinnen und Referenten, allen voran Herrn Dr. David Althaus mit seinem Hauptreferat zum Thema "Depression - Krankheit des 21. Jahrhunderts" sowie Herrn Ulrich Paschold vom Bundesfamilienministerium.

Ich habe schon gestern auf unserer Mitgliederversammlung darauf hingewiesen, dass die DAJEB in diesem Jahr ihren 60. Geburtstag feiert. Sie wurde am 1. Oktober 1949 gegründet und ist damit so alt wie die Bundesrepublik Deutschland und immerhin 4 Jahre älter als das Bundesfamilienministerium.

(...)

Noch ein Wort zu den zahlreichen Nichtmitgliedern, die heute anwesend sind: wir freuen uns außerordentlich, dass erstmals bei einer Jahrestagung mehr Nichtmitglieder als Mitglieder anwesend sind. Wenn Sie sich über die DAJEB näher informieren wollen, stehen Ihnen gerne für Fragen unsere Mitglieder und natürlich auch unser Vorstand – das sind die Kolleginnen und Kollegen, deren Namensschild mit einem grünen Streifen gekennzeichnet ist – zur Verfügung.

Bevor nun Dr. Althaus mit seinem Referat beginnen wird, möchte ich sehr herzlich Herrn Ulrich Paschold, Leiter des Referats 206 des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, um ein Grußwort bitten.

(...)

Dipl.-Psych. Renate Gamp
Präsidentin der DAJEB

Postillionweg 22
24113 Kiel

renate.gamp@ngd.de



Ulrich Paschold

Grußwort des BMFSFJ

Sehr geehrte Frau Gamp,
sehr geehrter Herr Groeneveld,
sehr geehrter Herr Dr. Moeser-Jantke,
sehr geehrte Damen und Herren,

für Ihre Einladung und die freundliche Begrüßung danke ich Ihnen. Ich überbringe gerne die Grüße und die Wünsche der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Frau Dr. Ursula von der Leyen, für ein gutes Gelingen Ihrer Fachtagung.

Ich überbringe Ihnen aber nicht nur die Wünsche für eine erfolgreiche Tagung, sondern auch die Glückwünsche zum 60-jährigen Bestehen der DAJEB.

Zwischen Ihrem Verband und unserem Ministerium besteht eine langjährige und produktive Zusammenarbeit. Ich möchte hier beispielhaft nur einige Ihrer Projekte in den letzten Jahrzehnten nennen:

- Von 1974 - 1980 förderten wir im Rahmen des Modellprogramms "Beratungsstellen im Rahmen ergänzender Maßnahmen zur Reform des § 218 StGB" die "Familienberatung Ismaning". Für unsere Förderung war damals ausschlaggebend, dass in dieser Beratungsstelle ein innovatives und beispielhaftes Beratungskonzept verfolgt wurde, nämlich einerseits die Schwangerschaftskonfliktberatung und andererseits die Ehe-, Familien- und Lebensberatung integriert "unter einem Dach".
- Von 1982 - 1991 förderten wir im Rahmen eines Modellprojekts den "Familiennotruf München", eine Beratungsstelle die ausschließlich Beratungen bei Trennungen und Scheidungen durchführte und erstmals in Deutschland systematisch Methoden der Mediation erprobte.

Kernbereich ihrer Arbeit sind aber Ihre 3½-jährigen berufsbegleitenden Weiterbildungskurse in Ehe-, Familien-, und Lebensberatung – der 50. Kurs wird diesen Sommer in Berlin beginnen – sowie Ihre Fortbildungsreihen und Fortbildungen:

Hier waren uns besonders wichtig

- Ihre 111 dreitägigen Fortbildungsseminare zum Thema "Grundlagen des Familienrechts für Berater(innen)", die von 1992 - 2003 flächendeckend in den neuen Bundesländern durchgeführt wurden sowie
- Ihre bisher 78 dreitägigen Fortbildungsveranstaltungen zum Thema "Grundlagen der Gesprächsführung", die seit dem Jahr 1995 ebenfalls hauptsächlich für Berater(innen) in den östlichen Bundesländern angeboten werden.

Neben Ihrem "Kerngeschäft", haben Ihre von uns geförderten Publikationen mit ihren beeindruckenden Auflagenzahlen für uns einen besonderen Stellenwert – ich möchte hier nur auf die Broschüren

- "Beratung hilft ..." mit einer Gesamtauflage von mehr als 600.000 Exemplaren,
- "Eltern bleiben Eltern" mit einer Gesamtauflage von mehr als 2,4 Millionen Exemplaren und
- Ihren "Beratungsführer" mit seinen sowohl in der print- als auch online-Version ca. 12.000 erfassten psychosozialen Beratungsstellen

verweisen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrem letzten Informationsrundsreiben ziehen Sie einen Vergleich zwischen den Herausforderungen, die sich vor 60 Jahren bei der Integration der Vertriebenen und Spätheimkehrern stellten und jenen die sich heute bei der Integration der Migrantinnen und Migranten ergeben. Wie wichtig Sie diese Aufgabe nehmen wird auch dadurch belegt, dass es seit dem letzten Jahr in ihrem Vorstand das Amt des Migrationsbeauftragten gibt.

Deshalb möchte ich mich heute mit einem Thema auseinandersetzen, welches sowohl für unsere gemeinsame Arbeit als auch für unser gesamtgesellschaftliches Zusammenleben von hoher Bedeutung ist.

Die Integration von Familien mit muslimischem Hintergrund. Speziell die Integration muslimischer Familien in die Arbeit der Familienbildung und -beratung durch die Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten zu diesen Einrichtungen.

3,2 bis 3,5 Millionen Personen mit muslimischer Prägung oder Abstammung leben derzeit in Deutschland.

Und obwohl die überwiegende Mehrheit von ihnen erfolgreich in der Gesellschaft und den Arbeitsmarkt integriert ist, haben in den vergangenen Jahren die Integrationsprobleme teilweise zugenommen. Sprachliche und kulturelle Hemmnisse, unterschiedliche Erziehungs- und Bildungsvorstellungen, aber auch unterschiedlich Werthaltungen beeinflussen den Integrationsprozess. Und so stehen muslimische Familien in Erziehungsfragen oftmals vor der Herausforderung, eine Balance zwischen der Weitergabe ihrer Traditionen und der Integration in die deutsche Gesellschaft zu finden.

Da gerade in der muslimischen Erziehung korrespondieren viele Wertemuster weitgehend mit jenen der Mehrheitsgesellschaft. Insbesondere die hohe Wertschätzung familiären Zusammenhalts und generationsübergreifender Solidarität. Für einen relevanten Teil muslimischer Eltern hat der Islam eine wichtige Rolle in der Kindererziehung. Er prägt die Art und Weise der Erziehung und die Ziele und Werte, die Eltern ihren Kindern vermitteln wollen.

Um muslimische Erziehungspraktiken zu verstehen, müssen wir uns mit der Religion, den Lebensumständen, der Herkunft, den Geschlechtermustern und der Werthaltung dieser Familien intensiv auseinandersetzen.

Aus diesem Grund hat das BMFSFJ Fragen der Wertevermittlung und Erziehung in muslimischen Familien in die Deutsche Islam Konferenz (DIK) eingebracht.

Damit verfolgen wir nicht nur das Ziel einer aktiven Integration von Muslimen in Deutschland, sondern auch einer aktiven Integration in die Arbeit der Familienbildung und -beratung. Denn in der präventiven Arbeit der Familienbildung und -beratung sind muslimische Familien deutlich unterrepräsentiert. Während sie im Bereich der intervenierenden und korrektiven Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe dagegen überrepräsentiert sind.

Aus Untersuchungen zu Erziehungsstilen, problematischen Geschlechterdynamiken und Gewalt wissen wir, dass hoher Bedarf an Unterstützung muslimischer Familien gerade bei Erziehungsfragen besteht. Jedoch gibt es immer noch Barrieren, die den Zugang von Familien mit muslimischem Hintergrund zu den Einrichtungen der Familienbildung und -beratung erschweren.

Wie Familienbildung und -beratung muslimische Familien erreicht, ist das Thema einer Handreichung, die das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im letzten Herbst veröffentlicht hat. Dort werden nicht nur Hintergründe des Lebens muslimischer Familien in Deutschland beschrieben, sondern sie wendet sich explizit an die Träger der Familienbildung und -beratung, die sich in ihrer Arbeit verstärkt Familien mit muslimischem Hintergrund gegenüber öffnen wollen. Die Handreichung soll ihnen helfen ihre Angebote weiterzuentwickeln und in ihr Gesamtangebot zu integrieren.

Meine Damen und Herren,
nur wenn wir gemeinsam abgestimmte Konzepte, die sich an den Bedürfnissen und Lebensumständen muslimischer Familien orientieren, entwickeln und wir damit zeigen, dass Tür und Tor der Einrichtungen der Familienberatung für sie offen stehen, nur dann wird es uns gelingen diese Familien zu erreichen. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine konstruktive Jahrestagung und viele gute, anregende Gespräche.

Ulrich Paschold

Regierungsdirektor im Bundesministerium für
Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Leiter des Referats 206
Alexanderstr. 3
10178 Berlin



Depression – Krankheit des 21. Jahrhunderts

Abstract

Depressionen gehören zu häufig nicht erkannten Erkrankungen, die das Individuum und sein soziales System beeinflussen und beeinträchtigen, aber auch gesellschaftlich gravierende Folgen wie Berufs- und Arbeitsunfähigkeit haben. Festzustellen sind psychische, körperliche und Verhaltensänderungen bei den Erkrankten und Auswirkungen auf das übergeordnete soziale System (Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Arbeitskollegen). Diagnostisch ist die Erkrankung schwer zu erheben, es gibt zahlreiche Übergänge zwischen verschiedenen Erkrankungsformen. Die Komplexität der Ursachen ist groß, häufig ist die Erkrankung sowohl psychosozial als auch neurobiologisch bedingt. Medikamente und Psychotherapie sind wirksame Mittel. Bei 10 bis 20 % der Patienten ist auch nach einer längeren Behandlungsphase keine Verbesserung eingetreten, so dass Geduld und konsequente Fortsetzung der Therapie angesagt sind. Die Suizidalität ist besonders relevant. Als antisuizidale Maßnahmen sind eine aktive Exploration und eine frühzeitige Intervention im Falle akuter Suizidalität angezeigt. Systemische Interventionen wie die Einbeziehung von Angehörigen steigern die Wirksamkeit bei der Behandlung depressiver Erkrankungen und sind auch hilfreich und entlastend für die Familien.

Psychosoziale Stichworte: Depression – Angst, Anpassungsstörung – Dysthymie – Berufs- und Arbeitsunfähigkeit – bipolare Störung – burnout – Gefühllosigkeit – Komorbidität – Psychopharmaka – Stress – Suizidalität – Trauer – Trauma.

Zahlreiche internationale Studien haben in den vergangenen 10 bis 20 Jahren nachdrücklich die Bedeutung depressiver Erkrankungen für den Einzelnen, aber auch für die Volksgesundheit nachgewiesen. In den Industrieländern gibt es kaum eine Erkrankung, die mit so viel Belastung einhergeht, wie dies bei der Depression der Fall ist. Die Beeinträchtigung für den Einzelnen und seine Möglichkeiten, weiterhin ein selbstbestimmtes und zufriedenes Leben zu führen, sind während der Krankheitsphase extrem eingeschränkt. Selbst bei schweren somatischen Erkrankungen leidet die Lebensqualität des Einzelnen weit weniger als bei depressiven Störungen. Epidemiologische Zahlen gehen derzeit davon aus, dass rund 5 % der Bevölkerung unter einer behandlungsbedürftigen Depression leiden. Bedenkt man zusätzlich, dass depressive Erkrankungen mehrheitlich einen rezidivierenden Verlauf aufweisen, so wird deutlich, dass diese Erkrankungen nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die Volksökonomie von erheblicher Bedeutung sind. In den vergangenen Jahren nahm der Anteil psychischer Erkrankungen, und im Besonderen von Depressionen, als Ursache von Berufsunfähigkeit drastisch zu. Auch bei Arbeitsunfähigkeit rangieren depressive Störungen unter den besonders rele-

vanten Erkrankungen, was insbesondere damit zusammenhängt, dass hier die durchschnittlichen Fehltagel pro Fall besonders hoch sind. Dramatischste Folge depressiver Erkrankung ist letztendlich die Selbsttötung der Betroffenen. In Deutschland nehmen sich jährlich knapp 10.000 Menschen das Leben. Das sind weit mehr Opfer als durch Drogen, Verkehrsunfälle, Mord und Aids in der Summe.

Die große gesundheitspolitische Relevanz der Thematik ergibt sich im Besonderen daraus, dass depressive Erkrankungen trotz ihrer hohen Bedeutung in vielen Fällen noch immer nicht ausreichend behandelt werden. Zuallererst liegt das daran, dass Depression oft unerkannt bleibt. Vor allem die Betroffenen selbst erkennen nicht, dass ihrem veränderten Erleben eine Erkrankung zugrunde liegen könnte. All zu oft halten sie sich einfach für Versager, die unfähig sind, mit sich, anderen und dem Leben zu Rande zu kommen. Die Depression berührt dabei so sehr die Identität des Einzelnen, dass er meist nicht in der Lage ist, seine Wesensveränderung als Folge einer Erkrankung zu erkennen.

Eine weitere wesentliche Ursache für das häufige Übersehen depressiver Erkrankungen liegt in der körperlichen Symptomatik, die das Krankheitsgeschehen dominieren kann. Müdigkeit, Schlafstörungen, Appetitverlust, Verlust sexuellen Interesses etc. lassen den Allgemeinmediziner oft nicht an eine Depression denken, und viele Betroffene berichten kaum etwas über ihre seelischen Probleme wie Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit, wenn sie nicht explizit danach befragt werden. Doch auch wenn eine Depression erkannt wird, kommt nicht in allen Fällen eine suffiziente Behandlung zustande. Oftmals sind es die Betroffenen selbst, die allzu große Angst haben, sich in psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Vor allem Ängste vor Psychopharmaka können hier ausschlaggebend sein. Zurzeit müssen wir davon ausgehen, dass weit mehr als die Hälfte der depressiv erkrankten Menschen in Deutschland ohne jegliche professionelle Unterstützung bleibt.

Symptome, Verlauf und Diagnostik

Depression ereignet sich immer auf unterschiedlichen Ebenen. Zum einen ist die Psyche, das Fühlen und Denken des Menschen betroffen. Auf der anderen Seite zieht Depression aber auch ein sehr verändertes Verhalten nach sich. Schließlich führt Depression auch zu zahlreichen körperlichen Veränderungen. Als eine weitere Ebene ließe sich sagen, dass Depression darüber hinaus große Auswirkungen auf das übergeordnete soziale System hat, an dem der Einzelne teilnimmt: Familie, Partnerschaft, Freundeskreis, Arbeit etc. Die meisten Einzelsymptome depressiver Erkrankungen sind banal, und fast jeder kennt sie sporadisch aus dem eigenen Lebenszusammenhang: Niedergeschlagenheit, Antriebsschwäche, Insuffizienzgefühle, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Interesselosigkeit, Schuldgefühle, Zukunftspessimismus etc. Um von einer Depression sprechen zu können, ist es allerdings notwendig, dass das Auftreten verschiedener Symptome fast ununterbrochen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen stattfindet. Erst wenn all die negativen Erlebensweisen zu einem ununterbrochenen Kontinuum werden, ist es legitim, von einer Depression zu spre-

chen. Fast immer finden wir dann auch deutlichen sozialen Rückzug, eine veränderte Körpersprache (z. B. Blickkontaktvermeidung), eine allgemeine Antriebslosigkeit und Apathie, wobei der Einzelne in seinem Gesamtausdruck sowohl verlangsamt als auch aufgeregt und gehetzt wirken kann (agitierte Depression). Fast immer finden sich bei Depressionen quälende Schlafstörungen (Durchschlafstörung, frühzeitliches Erwachen), massive Müdigkeit und Kraftlosigkeit (rasche Erschöpfbarkeit) sowie allgemein das Gefühl, sich unwohl in der eigenen Haut zu fühlen. Fast immer führen Depressionen auch zu einer drastischen Beeinträchtigung der Sexualität, was sekundär zu zahlreichen Partnerschaftskonflikten führen kann. Für die Diagnostik zentrale Symptome der Depression sind die depressive Verstimmung, der Verlust an Interesse und Freude sowie die rasche Ermüdbarkeit. Darüber hinaus sind für die Diagnose Depression vermindertes Selbstwertgefühl, Appetitminderung, verminderte Konzentration, Schlafstörungen, Schuldgefühle, pessimistische Zukunftsperspektiven sowie Suizidgedanken maßgeblich. Wenn mindestens zwei Nebensymptome und zwei Hauptsymptome über einen Zeitraum von mehr als zwei Wochen fast ununterbrochen persistieren, spricht man von einer depressiven Störung (leichte depressive Episode).

Zirka 40 % der Krankheitsverläufe zeigen nur eine einzelne depressive Phase. Die depressive Phase dauert dabei durchschnittlich vier bis acht Monate. Nach Abklingen der Depression ist der Betroffene weitgehend beschwerdefrei, ohne dass weitere depressive Episoden im Leben auftreten. In der Mehrheit der Fälle kommt es allerdings nach einem längeren beschwerdefreien Intervall zu einem Wiederauftreten der Erkrankung (rezidivierende Depressionen). Das beschwerdefreie Intervall kann dabei zwischen Monaten und vielen Jahren dauern. Je mehr depressive Episoden in der Vorgeschichte bereits aufgetreten sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer weiteren Episode kommen wird. In diesem Fall ist eine Phasenprophylaxe meist eine sinnvolle Maßnahme (z. B. Lithium).

Neben dieser sog. "depressiven Störung" spielt vor allem die Dysthymie (neurotische Depression) eine wichtige Rolle. In der Regel beginnt sie wesentlich früher (meist bereits ab der Adoleszenz) und ist in ihrer Symptomschwere weniger stark ausgeprägt als eine Episode im Rahmen einer depressiven Störung. Besonderes Kennzeichen der Dysthymie ist allerdings ihre Chronizität. Die meisten Betroffenen sind über viele Jahre, mitunter sogar lebenslang von einer schweren Dysthymie geprägt. In diesem Fall scheint die Depression sich förmlich mit der Persönlichkeit verknüpft zu haben. Menschen mit Dysthymie können sich meist gar nicht an längere Phasen von Unbeschwertheit und Zufriedenheit erinnern. Im Gegensatz zu Patienten mit einer depressiven Störung sind sie allerdings oft sozial besser angepasst, sind in der Lage, beruflich aktiv zu sein und leben auch häufig in Partnerschaften und Familien.

Eine besonders gefährliche Form der Depression ist die bipolare Störung. Hierbei treten neben depressiven Phasen auch manische Zustände auf, in denen eine Art Symptomumkehr stattfindet. Der Betroffene ist euphorisiert, fühlt sich großartig, neigt zu riskanten überzogenen Entscheidungen, schläft kaum noch und fühlt sich voll unbändiger Lebensenergie. Menschen in schweren manischen Phasen ruinie-

ren sich und ihre Familien oft innerhalb von weniger Wochen durch sinnlose Geldausgaben, die Zerstörung von Freundschaften, Kündigung von Arbeitsplätzen etc. Die bipolaren Verlaufsformen erfordern immer dringend eine medikamentöse Behandlung.

Die Diagnostik zu unterschiedlichen Depressionsformen wird von Fachärzten für Psychiatrie, von Psychotherapeuten aber auch von anderen Arztgruppen (z. B. Neurologen) vorgenommen. Dabei ist nicht zuletzt der Ausschluss körperlicher Ursachen für die Differenzialdiagnose wichtig. So können beispielsweise auch endokrine und hormonelle Störungen (z. B. Schilddrüsenfunktionsstörung) Symptome erzeugen, die einer Depression verblüffend ähnlich sehen. Auch bei neurologischen Erkrankungen (z. B. MS) oder Viruserkrankungen kann dies der Fall sein. Mitunter können sogar Medikamente Symptome nach sich ziehen, die an eine Depression erinnern. So führt beispielsweise eine Cortison-Hochdosistherapie über einen längeren Zeitraum bei einer erheblichen Zahl der Patienten zu depressiven Symptomen. Bevor endgültig die Diagnose Depression vergeben wird, ist daher eine ärztliche Untersuchung unverzichtbar.

Was in der Theorie noch gut erklärbar ist, wirft in der Behandlungspraxis oft größere Probleme auf. Häufig sind die Übergänge zwischen den verschiedenen Depressionsformen fließend. Zudem wurden in den vergangenen Jahren immer neue Depressionsunterformen vorgeschlagen, ohne dass allerdings immer ersichtlich wäre, welcher Nutzen damit verbunden wäre. Manchmal scheinen auch handfeste ökonomische Interessen mit im Spiel zu sein, wenn Depression in neuer Verpackung beschrieben wird und damit ein konkretes Medikament an die Patienten vermittelt werden soll (wie z. B. beim Sissi-Syndrom geschehen).

Was in der Praxis die Diagnostik häufig erschwert, ist die so genannte Komorbidität. In sehr vielen Fällen treten neben der Depression gleichzeitig noch weitere Erkrankungen auf. Besonders sind hier Somatisierungsstörungen (z. B. chronischer Schmerz) sowie Angsterkrankungen zu nennen. Auch die Abgrenzung zu Anpassungsstörung und gesunder und normaler Trauerreaktion ist unscharf. Tatsächlich wenden sich immer wieder Menschen an mich, die nach einer schweren Verlustsituation (z. B. Tod des Partners oder Tod des eigenen Kindes) eine tiefe Lebensverunsicherung erfahren haben. In vielen Fällen ist dabei die Reaktion der Betroffenen nachvollziehbar, angemessen und "normal". In diesem Sinne sind diese Hilfesuchenden also nicht krank und damit auch nicht behandlungsbedürftig. Hier zeigt sich ein Grundproblem unseres Versorgungssystems, denn unter der Prämisse der gesunden Reaktion könnten diese Patienten nicht auf Kosten der Krankenkassen behandelt werden. Behandlungswürdig sind einzig und allein Erkrankungen und nicht die Vorbeugung von Erkrankungen. Meiner Ansicht nach wird hier in den kommenden Jahren eine Veränderung stattfinden müssen, denn selbst hart gesottene Krankenkassenfunktionäre leuchtet sofort ein, dass eine erhebliche Anzahl von Menschen nach einem traumatischen Verlust kurzfristig psychologischer Hilfe bedürfen, ohne das dies aber zwangsläufig mit dem derzeitigen Krankheitsbegriff vereinbar wäre.

In der Praxis zeigt sich, dass sich depressive Störungen fast nie vor dem Hintergrund von schweren traumatischen Ereignissen entwickeln, sondern auf viel unspezifischere und geringere Auslöser folgen. Die meisten Betroffenen berichten von Stress, Überlastung, Partnerschaftsproblemen usw. In aller Regel reichen diese kleinen Auslöser bei vulnerablen Personen aus, um eine Depression zu erzeugen. Damit ist die Depression für Außenstehende auch oft nicht einfühlbar, denn für andere ist es meist nicht nachvollziehbar, weshalb ein Mensch so heftig und sinnentleert auf vermeintlich kleine Lebenshindernisse reagiert. Menschen, die primär in einer Trauersituation sind, unterscheiden sich oft fundamental von solchen in Depressionen. Für eine Depression spricht oft eine gefühlsstarre und mangelnde Schwingungsfähigkeit. Wenn das Gegenüber eigene Beschwerden ohne jede Gefühlsregung berichtet, dann ist das oft ein Hinweis auf Depression. Oft beklagen die Betroffenen auch ein Gefühl der Gefühllosigkeit. Sie würden gerne weinen, können es aber nicht. Ganz anders ist dies bei Trauernden. Ihr Weinen über den Verlust ist oft herzerreißend, und unwillkürlich nehmen wir als Gegenüber Anteil und schwingen mit. Mit dem depressiven Menschen mitzuschwingen ist dagegen schwer, denn er scheint von uns weit entfernt und kaum spürbar. Sein Ausmaß an Hoffnungslosigkeit und seine Schuldgefühle sind immens und meist zeigt er keinerlei Ablenkbarkeit. Menschen in Trauer schaffen es oft, sich eine Auszeit zu geben und Kleinigkeiten im Leben für eine kurze Weile zu genießen, obwohl sie in schwerer Trauer sind. Ein Mensch in Depression ist auch dazu meist nicht mehr in der Lage. Egal wie schön das äußere Ereignis ist, der Depressive steckt fest, spürt nichts, dreht sich um sich selbst.

Die Ursachen depressiver Erkrankungen

Früher ging man lange davon aus, dass Depressionen entweder aus dem Menschen selbst entspringen (endogene Depression) und damit biologischen Ursprungs sind oder dass sie primär eine Reaktion auf schwere Lebensumstände sind (reaktive Depression). Heute ist man der Meinung, dass bei allen Depressionen vermutlich sowohl biologische als auch psychosoziale Aspekte eine Rolle spielen. So lassen sich auf psychosozialer Ebene negative Lebenserfahrungen, spezifische Beziehungserfahrungen in der Kindheit und die Persönlichkeitsentwicklung als relevante Faktoren für eine erhöhte Vulnerabilität nennen. Gleichzeitig gibt es jedoch auch erhebliche genetische Faktoren, die zeigen, dass Menschen aufgrund der Erbinformation ihrer Gene bereits eine höhere oder niedrigere Empfindlichkeit haben, später an Depressionen zu erkranken. Auf psychosozialer Ebene lassen sich akute Belastungen, Stress, Verlustsituationen und allgemein Schwellensituationen als zentrale Auslöser nennen. Jede Situation, die vom Individuum eine komplexe Anpassungsleistung und Neuorientierung fordert, kann bei besonders vulnerablen Personen dazu führen, dass eine Depression ausgelöst wird. Dabei können Schwellensituationen genauso negativer wie auch positiver Natur sein. Auch eine Beförderung, das Bestehen eines Examens oder die Hochzeit können Auslöser für depressive Erkrankungen sein. Auf neurobiologischer Ebene sehen wir als Auslöser einer Depression häufig eine Überaktivität der Stresshormonachse (vermehrte Kortisolausschüttung).

Der Blick auf die Depression durch die ideologische Brille – "entweder psychosozial oder neurobiologisch" – führt oft in die Irre. Sinnvoller ist es, die beiden Aspekte als zwei komplementäre Seiten ein und derselben Medaille zu betrachten. Vor diesem Hintergrund ist es auch zielführend und sinnvoll, sowohl auf psychosozialer Ebene als auch auf neurobiologischer Ebene zu intervenieren.

Die Behandlung depressiver Erkrankungen

Von Voltaire stammt der bitterböse Satz: "Die Kunst des Arztes ist es, den Patienten so lange zu amüsieren, bis die Natur ihn heilt". Tatsächlich ist es leider auch heute noch so, dass wir bei Depressionen nicht immer ein schnelles und sofort wirksames Mittel zur Verfügung haben, die Symptome nachhaltig zu bekämpfen und einen Heilungsprozess einzuleiten. Dennoch liegen mit den heutigen zentralen Behandlungsbausteinen wissenschaftlich gut evaluierte Methoden vor, die in der Mehrzahl der Fälle dem Betroffenen helfen können. Zuallererst ist dabei eine vertrauensvolle therapeutische (oder ärztliche) Beziehung zu nennen. Nur wer den Eindruck hat, von seinem Gegenüber ernst genommen zu werden, wird sich auf eine Behandlung einlassen können. Zentrale Behandlungssäulen sind auf der einen Seite die medikamentöse Therapie und auf der anderen Seite die Psychotherapie. Allerdings spielen auch die Psychoedukation und die Einbindung Angehöriger in jüngerer Vergangenheit eine immer größere Rolle für eine erfolgreiche Behandlung. Rund 50 % der Patienten kann mit Hilfe von Medikamenten und Psychotherapie relativ schnell und effizient geholfen werden, so dass sie innerhalb von zwei bis vier Monaten weitgehend eine Vollremission (vollständiges Abklingen der Symptome) erreichen. Bei einem weiteren Anteil von 20 bis 30 % erreicht man eine Teilremission. Das heißt, es geht dem Patienten besser, aber einige depressive Symptome bestehen weiterhin. Bei rund 10 bis 20 % der Erkrankten erreicht man auch nach monatelanger Behandlung so gut wie keine Besserung. Man spricht dann von Therapieresistenz. Gerade hier ist besondere Geduld notwendig und weitere Behandlung dringend indiziert.

Heute werden bei der medikamentösen Therapie der Depression vor allen Antidepressiva eingesetzt. Dabei wird zwischen älteren Substanzen (z. B. Trizyclica) und neueren Substanzen (z. B. selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, SSRI) unterschieden. In ihrer antidepressiven Wirksamkeit unterscheiden sich ältere und neuere Präparate kaum. Allerdings gelten neuere Medikamente in aller Regel als nebenwirkungsärmer und werden daher von den Patienten oft leichter akzeptiert. Insgesamt gilt für Antidepressiva, dass sie im Vergleich zu vielen anderen Medikamenten gut verträgliche Mittel sind. In aller Regel führen sie nicht zu einer Veränderung der Persönlichkeit. Im Gegenteil führt die Depression selbst zu einer gewaltigen Veränderung der Persönlichkeit, die dann mit Hilfe von Antidepressiva wieder behoben werden soll. Die Einnahme von Antidepressiva ist in der Regel nur mit leichten Nebenwirkungen verbunden. Sollten sich wider Erwarten stärkere Nebenwirkungen einstellen, so ist der Wechsel auf eine andere Substanzgruppe möglich. Besonders wichtig ist es zu betonen, dass bei Antidepressiva keine Gefahr von Sucht und Abhängigkeit besteht und keine ständigen Dosis-

steigerungen notwendig werden. Damit unterscheiden sich diese Medikamente beispielsweise von Tranquilizern (z. B. Benzodiazepine). In der breiten Öffentlichkeit bestehen dennoch weiterhin große Ängste gegenüber Psychopharmaka und damit auch gegen Antidepressiva, denen man oft unheilvolle Folgen zuschreibt. Gerade hier ist es notwendig, die Aufklärung über diese Medikamente weiter voranzutreiben, um die Ängste vor einer Einnahme zu mindern.

Allgemein unterscheidet man bei der medikamentösen Therapie zwischen der Akuttherapie (initial bis zum Eintreten der Remission, also ca. vier bis 12 Wochen), der Erhaltungstherapie (Fortführung der Medikation über weitere sechs Monate) und der Rückfallprophylaxe (bei wiederkehrenden Depressionen). Sowohl während Akuttherapie, Erhaltungstherapie als auch Langzeittherapie gibt es viele problematische Therapieabbrüche, die sich letztlich schädlich für den Betroffenen auswirken. In der Akutphase setzen Betroffene das Medikament oft bereits wenige Tage nach der Ersteinnahme ab, weil sie keine Verbesserung spüren und im Gegenteil nun zusätzlich unter Nebenwirkungen der Medikamente leiden. Dazu ist zu sagen, dass Antidepressiva in der Regel eine Wirklatenz von zwei Wochen haben, und eine endgültige Beurteilung der Wirksamkeit eines Medikaments meist frühestens nach vier Wochen möglich ist. Auch die initialen Nebenwirkungen verbessern sich oft zu einem erheblichen Teil, so dass es gerade während der Akuttherapie notwendig ist, die Mühen der ersten Wochen geduldig zu ertragen, wenn man auf eine wirkungsvolle Hilfe durch Medikamente hofft. Ein zweiter kritischer Zeitpunkt für Therapieabbrüche liegt während der Erhaltungstherapie. Wenn ein Patient – auch dank der antidepressiven Medikation – seine depressive Symptomatik zu einem erheblichen Teil überwunden hat, so ist er oft der Ansicht, dass eine Behandlung mit Medikamenten nun nicht weiter erforderlich sei. Eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien hat gezeigt, dass ein vorschnelles Absetzen der Antidepressiva nach einer Symptomverbesserung zu einer drastischen Rückfallgefahr führt. Daher wird grundsätzlich empfohlen, dass die Patienten nach der Remission das Medikament weiterhin für mindestens sechs Monate in der ursprünglichen Dosis einnehmen sollten. Patienten, die eine depressive Episode erlebt haben und wieder gesundet sind, haben danach fast immer das Gefühl, für weitere Depressionen gerüstet zu sein. Das depressive Erleben aus der Vergangenheit erscheint ihnen nun nachträglich unfassbar und mit ihnen selbst kaum mehr etwas zu tun zu haben. Wie bereits vorher gezeigt, erkranken trotzdem mehr als die Hälfte der Patienten nach einem längeren beschwerdefreien Intervall erneut an Depressionen. Patienten, die bereits mehrere Episoden in ihrem Leben hinter sich gebracht haben, sollten daher über eine Langzeitmedikation (Rückfallprophylaxe) nachdenken. Mit Hilfe von speziellen Medikamenten (z. B. Lithium oder Antiepileptika) konnte bei den betroffenen Patienten das Wiedererkrankungsrisiko erheblich gemindert werden.

Abschließend ist zur Pharmakotherapie zu sagen, dass man hoffen kann, dass zukünftig noch wirkungsvollere und bessere Medikamente zur Behandlung der Depression zur Verfügung stehen. Die heutigen Mittel sind in ihrer Effektstärke bedauerlicherweise immer noch begrenzt. Auf der anderen Seite stellt es für viele

Betroffene dennoch einen Segen dar, dass es sie gibt. Bei der Einnahme von Medikamenten gilt wie immer ein sorgfältiges Abwägen zwischen Kosten und Nutzen. Gerade bei schweren Depressionen wird sich in vielen Fällen der potenzielle Nutzen einer medikamentösen Behandlung deutlich zeigen.

Psychotherapie

Innerhalb der Richtlinienpsychotherapie, die von den Krankenkassen erstattet wird, sind die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Therapie sowie die Psychoanalyse zu nennen. Auch systemische Therapie konnte kürzlich ihre Effizienz bei der Behandlung psychischer Störungen wissenschaftlich nachweisen und wird voraussichtlich in Zukunft ebenfalls zu den Richtlinienverfahren zählen.

Als wirksamstes und am besten validiertes Psychotherapieverfahren bei der Behandlung der Depression gilt die kognitive Verhaltenstherapie. Innerhalb der Verhaltenstherapie geht es darum, den Patienten durch eine konkrete Veränderung seines Verhaltens und Denkens so zu unterstützen, dass er seine depressive Symptomatik überwindet. Dazu gehören in der Frühphase der Therapie der Aufbau angenehmer Aktivitäten, der Abbau von Belastungen sowie die Strukturierung des Patienten. Dies sind Therapiebestandteile, die auch innerhalb der Familien-, Lebens- und Partnerschaftsberatung zum tragen kommen können. Weitere zentrale Therapieinhalte sind die Arbeit an zugrunde liegenden, dysfunktionalen Denkstrukturen sowie deren Modifikation. Darüber hinaus werden soziale Fertigkeiten und das Kommunikationsverhalten des Betroffenen trainiert, und er soll im Rahmen eines Problemlösetrainings ein taugliches Werkzeug an die Hand bekommen, zukünftig mit schwierigen Situationen besser umgehen zu können. Neben der kognitiven Verhaltenstherapie haben sich insbesondere die interpersonelle Therapie und die tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeittherapie als Verfahren zur Behandlung depressiver Störungen bewährt. Die tiefenpsychologischen Verfahren scheinen besonders sinnvoll bei Patienten mit chronischen Selbstwert- und Sinnproblemen. Aber auch bei einer Kindheitsgeschichte mit Missbrauch, Verlusten und Trennungen kann eine tiefenpsychologisch fundierte Therapie wichtige Hilfe leisten.

Umgang mit Suizidalität

Im Rahmen von Depressionen ist die Beschäftigung mit dem eigenen Tod ein häufiges Symptom. Im unerträglichen Zustand der Depression stellt sich bei vielen Betroffenen der Gedanke ein, dass es besser wäre, nicht mehr zu da zu sein, einfach nicht mehr aufzuwachen, tot zu sein. Bei den meisten Patienten bleibt es bei so genannten passiven Todeswünschen, ohne dass sie sich selbst Gedanken darüber machen, dass sie sich töten könnten. Bei einigen Betroffenen allerdings entstehen im Rahmen der Depression auch Gedanken, sich selbst das Leben zu nehmen, und in Einzelfällen können sich diese Ideen stark verdichten und konkretisieren. Dann kann es geschehen, dass der depressive Mensch Suizidpläne macht und Vorbereitungen für den eigenen Tod trifft. Oft ist die schwere Depression selbst ein Schutz vor dem Suizid, weil der Mensch in der Depression meist

gar nicht den Antrieb hat, sich selbst etwas anzutun. Aber gerade in Phasen der Verbesserung, in der Initialphase der medikamentösen Versorgung und beim Wiedererkranken kann die Suizidgefahr bei einzelnen Betroffenen erheblich sein. Wir wissen, dass für einen großen Teil der Suizide in Deutschland depressive Erkrankungen im Vorfeld bestanden haben, so dass es wichtig ist, im Fall einer Depression immer sorgsam mit dem Phänomen Suizidalität umzugehen. Leidet ein Mensch unter Depressionen, dann ist es Aufgabe des Arztes oder Psychotherapeuten, ihn direkt auf Suizidgedanken anzusprechen. Für eine akute Suizidgefahr sprechen dabei drängende Suizidgedanken, extreme Hoffnungslosigkeit und ein starker Handlungsdruck ("Ich halte das nicht länger aus"). Auch eine massive narzisstische Kränkung, starke Impulsivität (vor allem erhöht bei Drogen- und Alkoholkonsum) können für eine akute Suizidgefahr sprechen. Wird vermutet, dass ein Mensch mit dem Gedanken spielt, sein eigenes Leben zu beenden, so sollte immer genau nachgefragt werden. Man sollte sich dabei nicht scheuen, möglichst konkrete Fragen zu stellen. "Gibt es in Ihrer derzeitigen schwierigen Situation Gedanken an den Tod?", "Denken Sie an Suizid?", "An was denken Sie genau, wenn Sie sagen, Sie könnten sich umbringen?", "Wie oft, wie lange kommen die Gedanken?" etc. Nur eine genaue Exploration der Suizidalität erlaubt eine halbwegs valide Risikoeinschätzung. Sollte sich das Ausmaß der Suizidgefahr als besorgniserregend erweisen, so ist eine sofortige Hinzuziehung weiterer Fachstellen notwendig. Dies können die behandelnden Ärzte, Psychotherapeuten, aber auch die Ambulanzen psychiatrischer Kliniken sein. Bei akuter Suizidgefahr kann es notwendig werden, auch gegen den Willen des Betroffenen eine Behandlung einzuleiten. Gibt es konkrete Anhaltspunkte, dass ein Suizid droht, kann im Zweifelsfall die Polizei verständigt werden, deren Aufgabe es ist, den Einzelnen zu schützen und ihn zur Überprüfung des Suizidrisikos in eine psychiatrische Klinik zu bringen. Wer also konkret Angst hat, ein Klient könnte sich das Leben neben, sollte mit dieser Furcht nicht alleine bleiben. Er sollte immer versuchen, so schnell wie möglich weitere Hilfe hinzuzuziehen und – im Notfall – auch gegen den Willen des Betroffenen Fachstellen oder die Angehörigen einschalten.

Die Situation der Angehörigen

Innerhalb unserer Gesellschaft gibt es eine lange Tradition falscher Schuldzuschreibungen gegen Angehörige psychisch kranker Menschen. Häufig werden psychische Erkrankungen als Folge falscher Erziehung, vermeintlich bössartiger Ehepartner oder liebloser Kinder gesehen. Ein historisch besonders prominentes Beispiel war die so genannte "schizophrenogene Mutter" in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts. Tatsächlich waren die damaligen Ätiologiemodelle extrem einseitig und empirisch nicht nachweisbar. Natürlich können die Angehörigen prinzipiell vielfältige Rollen im Rahmen einer Depression einnehmen. Auf der einen Seite können sie Unterstützer der Behandlung sein, eine wichtige Informationsquelle für Therapeuten oder sie können sogar selbst co-therapeutische Funktionen wahrnehmen, indem sie helfen, den Patienten zu aktivieren, ihn zu strukturieren und ihn bei der Medikamenteneinnahme unterstützen. Mitunter sind sie aber auch Gegenspieler, Mitverursacher einer Störung. In seltenen Fällen sind sie sogar ein

wesentlicher Faktor für die Aufrechterhaltung der Störung. Dies sehen wir beispielsweise oft dann, wenn Angehörige an einer Sucht- oder Alkoholkrankheit leiden und der depressive Angehörige unfähig ist, der Alkoholkrankung des Partners etwas entgegenzusetzen. Wenn die Angehörigen Gegenspieler oder gar Saboteure der Behandlung sind, dann kann dies besonders schwierig werden. Häufig sind Angehörige jedoch auch selbst Betroffene aufgrund der Depression. Sie haben einen erheblichen Leidensdruck und sind manchmal selbst hilfebedürftig. Meiner Erfahrung nach ist die Einbeziehung der Angehörigen in den Behandlungsprozess fast immer hilfreich. Die Einbeziehung der Angehörigen erscheint auch notwendig, um überhaupt den Stellenwert zu ermitteln, den die Depression für die Familie hat (und umgekehrt). In meinen eigenen Therapien bemühe ich mich bereits in der Anfangsphase der Behandlung, Kontakt zu den Angehörigen herzustellen und sie zu einer Therapiesitzung mit einzuladen. Ich lege dabei großen Wert darauf, dass sie sich nicht auf der Anklagebank fühlen, sondern versuche viel mehr im Sinne eines Dialogs eine gemeinsame Ebene zu finden, bei der gegen einen äußeren Feind (die Depression) gemeinsam angegangen wird. In vielen Fällen hat sich gezeigt, dass ein derartiges Vorgehen wesentlich hilfreicher ist, als im Individualsetting zu bleiben und ohne die wertvollen Impulse und Informationen der Angehörigen zu agieren.

Zusammenfassung

Depressionen gehören zu den am stärksten beeinträchtigenden Erkrankungen, die für den Einzelnen, aber auch für die Gesellschaft mit erheblichen Folgen verbunden sind. Derzeit ist eine Vielzahl depressiv erkrankter Menschen ohne ausreichende professionelle Behandlung. Dies liegt unter anderem daran, dass Depressionen weiterhin zu häufig nicht erkannt werden. Die Diagnose von Depression ist nicht immer einfach, und es gibt zahlreiche Übergänge zwischen verschiedenen Erkrankungsformen. Die Ursachen depressiver Erkrankungen sind meist komplex und sowohl psychosozial als auch neurobiologisch bedingt. Der Mehrzahl der Erkrankten kann mit Hilfe von Medikamenten und Psychotherapie gut geholfen werden. 10 bis 20 % der Patienten bleiben dagegen auch nach einer längeren Behandlungsphase ohne spürbare Besserung. Gerade hier bedarf es besonderer Geduld, konsequenter Weiterbehandlung. Während des gesamten Behandlungsprozesses ist die Beachtung der Suizidalität von besonderer Relevanz. Depression ist ein Hauptrisikofaktor für Suizid. Eine aktive Exploration und eine frühzeitige Intervention im Falle akuter Suizidalität sind notwendig und hilfreich. Besonderen Stellenwert haben die Angehörigen bei der Behandlung depressiver Erkrankungen. Ihre Einbeziehung in die Therapie erleichtert das Vorgehen, verbessert die Effizienz der Behandlung und ist in der Regel auch aus Sicht der Angehörigen wünschenswert.

Literatur

Heger U., Althaus D., Reiners H. *Das Rätsel Depression – Eine Krankheit wird entschlüsselt*, München 2005

Dr. David Althaus

Diplom-Psychologe, Verhaltenstherapeut

Hermann-Stockmann-Straße 18
85221 Dachau

david.althaus@bayern-mail.de



Christoph Krämer

Arbeitsgruppe Umgang mit Borderlinern in der Beratung

Nach einer Eingangsrunde zum speziellen Interesse der Teilnehmerinnen an diesem Thema wurden Informationen zur Verteilung und Häufigkeit der Störung in der Bevölkerung gegeben. In der Beratungsarbeit werden wir mit Wahrscheinlichkeit häufig mit Borderlinern konfrontiert. Beratungen mit ihnen sind anstrengend. Sie machen es uns leicht, sie nicht zu mögen.

Die verwirrende Vielfältigkeit der Erscheinungsformen der Störung wurde versucht zu strukturieren nach dem typischen Abwehrmechanismus der Spaltung und den sekundären Abwehrmechanismen der projektiven Identifizierung, der Idealisierung und Verteufelung, der Verleugnung und der abwechselnden Größenvorstellungen und Selbstentwertungen. Zentrales Merkmal ist aber die (häufig gut kaschierte) Ich-Schwäche der Betroffenen mit dem Leitsymptom der frei flottierenden Angst und multiplen Phobien.

Zentrales Problem für uns Berater(innen) ist die geduldige Zuwendung, die wir aufbringen müssen, obwohl die Borderliner unsere Geduld oft bis an unsere Grenzen strapazieren und wir ihre Aggression und Wut (durch projektive Identifizierung)

auffangen – und dann versucht sind, diese Affekte gegen unsere Klienten zu wenden.

Zwei Verhaltensweisen der Borderliner, die unsere Distanz und Selbstbeherrschung besonders strapazieren, wurden näher betrachtet: das selbstverletzende Verhalten und die sehr häufige Suizidalität. Dabei ging es auch darum, dass wir vermeiden, in die uns gestellten Falle des Beraterischen Größenwahns zu tappen: Wir können nicht alle Katastrophen verhindern.

Nach einem kurzen Abriss zum Zustandekommen dieser Störung (worüber wir immer noch nicht viel wissen) kamen wir zu den Behandlungsprinzipien in Beratung und (unterschiedlich!) der Therapie. Wie also können wir in der Beratung mit diesen Klienten umgehen und was sollten wir vermeiden?

Die wichtigsten Prinzipien sind die "haltende Funktion" und die "technische Neutralität".

Haltende Funktion meint das konstante, aber distanzierte Angebot einer professionellen Beziehung, was immer auch der Borderliner an Feuerwerk von Dramen und Aggressionen inszenieren mag.

Technische Neutralität meint die Distanz, die wir halten müssen, weil der Borderliner das nicht kann und die geduldige Betonung des professionellen, nicht privaten Charakters der Beziehung, die zu akzeptieren dem Borderliner so schwer fällt.

Wenn wir es schaffen, dies einzuhalten und gleichzeitig unsere Beraterischen Grundtugenden von einfühlendem Verstehen, Akzeptanz/Wertschätzung und Echtheit anwenden, dann hat die Beraterische Arbeit mit Borderlinern eine gute Chance.

Der Erfolg unserer Arbeit in der Beratung besteht meist in der Motivierung für einen weiteren Schritt: die Psychotherapie. Und dies lohnt die Mühe, denn bei allen Schwierigkeiten im Umgang mit diesen Menschen ist die Prognose eher günstig.

Mir war es auch ein Anliegen bei diesem Workshop, Verständnis für Menschen mit dieser Störung zu wecken und Mut zu machen, mit ihnen umzugehen.

Christoph Krämer

Diplom-Psychologe, Psychotherapeut,
Supervisor

Albertinenstr. 13
14165 Berlin

christoph.kraemer@berlin.de



Henrik Meyer

Arbeitsgruppe Drogen

Umgang mit Drogenabhängigkeit in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung

Zielgruppe und Ziele des Workshops

Ehe- Familien- und Lebensberater werden in ihrer Tätigkeit mit den unterschiedlichsten Problemstellungen konfrontiert. Dabei besteht die Möglichkeit, dass ein verdeckter bzw. bagatellisierter Drogenkonsum der Klientel den Beratungsprozess wesentlich beeinflusst. Ziel des Workshops war die Vermittlung von Beratungskompetenz, die es erlaubt, mit diesem Thema im Rahmen von Beratung adäquat umzugehen. Anhand eines Impulsreferates, welches die wichtigsten Informationen über aktuell konsumierte Substanzen sowie mögliche Wirkungen berücksichtigt, wurden grafisch aufbereitet die wesentlichen Konsequenzen für den Beratungsprozess aufgezeigt. In einer anschließenden Diskussion sollten Erfahrungen der einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer reflektiert und in den Kontext von alternativen Interventions- respektive Umgangsformen gesetzt werden.

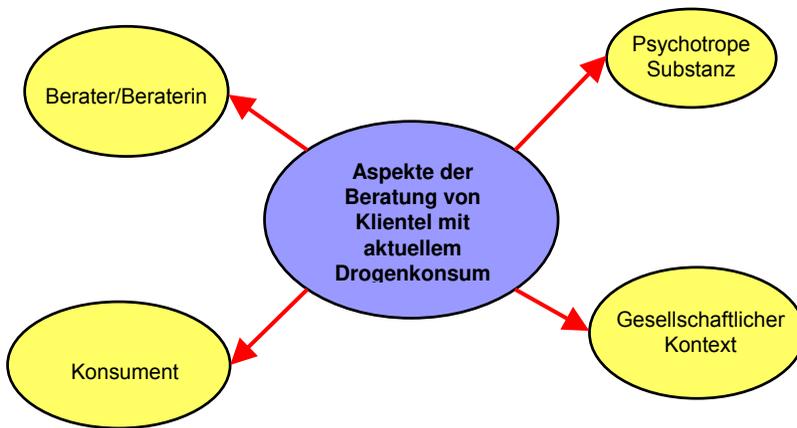
Inhalte

Vor dem Hintergrund der zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz von illegalen Drogen, stellt sich die Frage, wie in Beratungen, die nicht in Sucht- respektive Drogenberatungsstellen durchgeführt werden, diesem Umstand Rechnung zu tragen ist.

Zunächst zwei wichtige Differenzierungen. Wenn wir von illegalen Drogen sprechen, fokussieren wir an dieser Stelle primär Cannabis, Amphetamine und Designerdrogen, die häufig auch mit legalen Substanzen wie Alkohol und Medikamenten konsumiert werden. Weiterhin sprechen wir über den Konsum bzw. missbräuchlichen Konsum, der Einfluss auf den Beratungsprozess nimmt. Manifeste psychische und/oder physische Abhängigkeit zeigt sich in den meisten Beratungssituationen sehr schnell, so dass geeignete Maßnahmen eingeleitet werden können.

Welche Aspekte können in der Beratung von Klientel mit aktuellem Drogenkonsum eine Rolle spielen? Wir unterscheiden vier Bereiche, die in einer wechselseitigen Beeinflussung zueinander stehen (siehe Abb.).

Bei der Beraterin/dem Berater spielen mögliche eigene Konsumerfahrungen von illegalen psychotropen Substanzen wie auch deren Haltung gegenüber diesen Substanzen eine wichtige Rolle. Die Kenntnisse über die Substanzen und deren Wirkung stellen weitere Faktoren dar.



Im Bereich der psychotropen Substanz unterscheiden wir die spezifische Wirkung, das Abhängigkeitspotential, die Verfügbarkeit/Illegalität und die Kosten. In welchem gesellschaftlichen Kontext ein möglicher Konsum stattfindet, nimmt einen wesentlichen Einfluss auf den Beratungsprozess. Hier sind bestehende Ideologien und Vorurteile, die Position der Medien, die unmittelbaren Leistungserwartungen und -anforderungen sowie die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu nennen.

Für den Konsumenten selbst ist die Funktion der Substanz auf der physischen, der psychischen und der sozialen Ebene zu unterscheiden.

In der Ehe-, Familien- und Lebensberatung wird der Drogengebrauch vom Klientel häufig verschwiegen. Welches sind mögliche Motive:

1. Der Klient empfindet seinen Drogenkonsum als natürlichen Bestandteil seines Lebensstils, es besteht kein Problembewusstsein.
2. Es besteht bereits eine Abhängigkeit.
3. Es besteht innerhalb einer Partnerschaft, Beziehung respektive Elternbeziehung eine Vereinbarung über die "Verschwiegenheit".
4. Es bestehen bei dem Klienten Ängste vor Destabilisierung.

Die Auswirkungen eines latenten Drogenmissbrauchs können sich im Beratungsprozess sehr unterschiedlich zeigen. So kann sich die Exploration anamnestischer Daten zäh gestalten, sich eine unsichtbare Grenze zeigen, die nicht greifbar ist. Weiterhin dominiert bei Drogenmissbrauch häufig ein passives Konfliktlösungsverhalten, da die Droge zur Kompensation eingesetzt wird. Latenter Drogenmissbrauch verhindert im Beratungsprozess Entwicklung, nimmt wesentlichen Einfluss auf die Veränderungsmotivation. Es kann für die Klientel wie auch für den Berater kein befriedigendes Ergebnis erreicht werden.

Vor diesem Hintergrund ist für den Berater eine natürliche Auseinandersetzung mit dem Thema Konsum von illegalen und legalen Drogen angezeigt. Durch die Reflexion kann eine eigene Haltung zum Konsum entwickelt werden, die es erlaubt, im Beratungsprozess authentisch mit dem Thema umzugehen. Im anamnestischen Prozess ist es hilfreich, in der Regel bei Beratungsbeginn, die Klientel nach ihrem Konsum von psychotropen Substanzen zu befragen. Zeigen sich hier Anhaltspunkte, besteht die Möglichkeit, sofort oder im späteren Beratungsprozess dieses Thema erneut aufzugreifen.

Weiterhin ist zu empfehlen über Informationen und Kenntnisse des regionalen Suchthilfesystems zu verfügen. Auch ein kollegialer Austausch mit den Mitarbeiterinnen/den Mitarbeitern der Suchtberatungsstellen bietet sich hier an.

Die Teilnehmer des Workshops formulierten folgende Ergebnisse

1. Verbesserte Kenntnisse über Substanzen und ihre Wirkung/Testmethoden
2. Mögliche Einstiegsdroge ist Nikotin
3. In den anamnestischen Gesprächen ist die Frage nach einem möglichen Substanzkonsum notwendig und individuell zu implementieren
4. Was hilft bei Konsum? Bei Konsumenten steht der Aufbau einer tragfähigen Beziehung im Vordergrund. Bei Angehörigen ist die Entlastung von Schuldgefühlen und die Entwicklung von alternativen Verhaltensformen zu fokussieren.
5. Die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit der unterschiedlichen Beratungsstellen

Literatur

Aktuelle Informationen über Substanzen und ihre Wirkung sowie der aktuellen wissenschaftlichen Bewertung erhalten Sie von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) www.awmf-online.de

Henrik Meyer

Dipl.-Sozialpädagoge, Sozialarbeiter,
(psychoanalytisch orientierter) Sozialtherapeut,
Leiter des Diakonisches SuchtHilfeZentrum Flensburg

Südergraben 59
25937 Flensburg

henrik.meyer@suchthilfe-fl.de



Arbeitsgruppe

Essstörungen (gekürzte Ausgabe)

Übersicht:

Essstörungen	Neoliberalismus
- Individuum im Zentrum der Verantwortlichkeit > Narzissmus	- Individuum im Zentrum der Verantwortlichkeit
- Leistung > Perfektionismus > Ästhetik	- Leistung > Perfektionismus > Ästhetik
- Körpergestaltung > Uniformität > Wettbewerb	- Markt > Uniformität > Wettbewerb
- Keine Sexualität	- Sexualität zum Konsumieren und als Stimulus für Konsum
- Widersprüchlichkeit > Depression	- Widersprüchlichkeit der Botschaften
- Frauenattribute löschen	- Männerwelt der Ökonomie und Politik
- Kontrolle über den Körper und die Nahrung	- Kontrolle über das Böse
- Schuld in sich selbst und Selbsthass	- wiederkehrende Krisen und Unsicherheit
- Körpergestaltung > Uniformität gegen individuelle Differenzen	- Differenzennutzung, Vielfältigkeit löschen
- Gewalt und Aggression gegen sich und Selbsthass	- Gewalt und Aggression gegen andere
- meistens Frauen und junge Frauen	- Homo oeconomicus: egoistisch, Nutzen maximierend, rational, autonom, unabhängig, objektiv

Individualismus

Essgestörte haben mit den Diktaten des Neoliberalismus den Individualismus gemeinsam. Gemäß dem Neoliberalismus sind wir für unser Schicksal selbst zuständig. Es gibt keinen Zufall oder gesellschaftliche Umstände mehr. Erfolg (Gesundheit, Geld, Ausbildung, Arbeit) liegt in jeder Hinsicht in unseren Händen. Der Körper und die Gesundheit sind primär individuell zu gestalten und kein biologisches Schicksal mehr. Das erfordert Kontrolle, Leistung und Unterscheidung zwischen Gut und Böse (z. B. Fett oder Zucker). (...) Wir übernehmen auch in der Umgangssprache Redewendungen, die aus der Wirtschaft kommen: z. B. "Ich bin wieder auf dem Markt", wenn eine Beziehung beendet ist und eine Person sich wieder

nach potentiellen Partner(inne)n umschaut, oder "Eine gute Figur steigert deinen Marktwert". (...)

Essgestörte müssen auch leisten und in allen Bereichen mehr als perfekt. Da diese Aufgabe unmöglich ist, wenden sie sich an ihren Körper. Er kann nach Schönheits- und Gesundheitsidealen gestaltet werden. Er steht unter unserer unmittelbaren Kontrolle und lässt sich formen. Tun wir dies – in unterschiedlichem Grad – nicht auch alle, wenn wir ehrlich sind? (...)

Der Homo oeconomicus

Der Homo oeconomicus ist nach der Lehre des Neoliberalismus geschlechtslos. Es können Frauen oder Männer sein. Wenn wir seine Eigenschaften näher betrachten, wird uns schnell klar, dass sie nach westlicher Tradition männliche sind: egoistisch, Nutzen maximierend, rational denkend, unabhängig, objektiv, diszipliniert. Die weiblichen Eigenschaften sind eher altruistisch, emotional, intuitiv denkend, in Beziehungen stehend, subjektiv, undiszipliniert. Wir stellen also fest, dass die als weiblich bezeichneten Eigenschaften nicht zum ökonomischen Denken gehören, so die Theorie. Die Realität ist eine andere, wie die Finanzkrise uns gezeigt hat, in der wir die Irrationalität der Managerentscheidungen und die resultierenden groben Fehlern sehen können. (...)

Der Homo oeconomicus sollte vollkommen unabhängig und selbstständig entscheiden und hat nur seinen persönlichen Vorteil im Blick. Essgestörte wechseln hier nun das Paradigma und sagen: "Ich entscheide allein (egozentrisch) und zwar so, dass mein Körper schöner, schlanker, leistungsfähiger werden soll. Ich entscheide rational und objektiv nach den Regeln der Ästhetik und der Gesundheit dieser Kultur. Diese Entscheidung, "dünn zu sein, maximal leisten zu wollen und Kontrolle zu haben", werden mir Anerkennung, Liebe und Zufriedenheit bringen." Leider, behaupte ich, sagen die Essgestörten im Gegensatz zu Managern, Ökonomen, Politikern oder Wissenschaftlern, außerdem: "Wenn ich scheitere, bin ich auch die alleinige Verantwortliche".

Leistungen

Ich habe bewusst "Leistungen" als Titel gewählt, weil heute Leistungen nur als Plural wirklich zählen. Wer im ökonomischen Raum keine Leistungen bringt, wird ausgeschlossen und verachtet. Meistens wird die Schuld an fehlender oder ungenügender Leistung bei den Betroffenen gesehen. Es ist unglaublich, wie Essgestörte dieses Paradigma internalisiert haben. (...) Eine unperfekte Leistung oder nur der zweite Platz ist schon zu wenig. (...) Nur die Ersten haben Recht zur Freude, schon der zweite Platz gilt nichts, das Ziel ist verpasst! Wenn etwas schief läuft, ist stets ein Mangel des Individuums und seiner Konformität oder sein/ihr Management schuld am Scheitern. Unsere Klientinnen scheinen sehr schnell aufgeben zu wollen, wenn sie nicht die Ersten sind. (...) Um Erste zu sein, vergessen sie sogar ihre Realität. Sie wollen ihre Grenzen nicht wahrhaben (Körper, Intelligenz, Ausdauer) und bis zum Äußersten gehen. (...). Wenn jemand nicht flexibel

ist, hat er/sie im Wettbewerb schon verloren. Der Wettbewerb entscheidet über unser Fortkommen im Leben. Unsere Patientinnen vergleichen sich in dieser ständigen Situation des Wettbewerbs andauernd, und das Ergebnis ist immer schlecht für sie. Sie sind nie zufrieden. (...)

Lookism oder die ästhetischen Regeln

Die ästhetischen und gesundheitsfördernden Regeln sind klar: Schlankheit, gebräunte Haut, keine Körperhaare, mehr Muskeln als Fett, trainiertes und junges Aussehen, das Altern kaschieren, westliche Augenform, lange Beine, niedliche Nase. Der Körper wird normiert, er muss marktkonform sein, damit man sich gut verkaufen, um erfolgreich und glücklich sein zu können, um dazu zu gehören. (...) Dies machen den Mädchen so viele Erwachsene vor! Nicht nur Eltern, sondern fast alle: Frauen und Männer, Massenmedien, Politiker(innen), Manager(innen), Mediziner(innen). Als schön und ideal wird ersehnt, was unerreichbar ist. Dieser Körper muss hergestellt werden (schon vor der Geburt: Genetik). Es stimmt nicht, dass Essgestörte allein einem von Werbung und Medien propagiertem Bild von einem glücklichen, schlanken Körper erliegen. Dieses Bild ist Tatsache; die Mädchen, die Frauen und langsam auch Männer werden belohnt, wenn sie einen schlanken Körper vorweisen können. Jeden Tag wird dieses Bild von einem glücklichen, gesunden, schlanken Körper und einem unglücklichen und kranken, dicken Körper hergestellt: es ist keine Fantasie der Essgestörten. (...) Wir müssen in Harmonie mit der Natur und uns selbst leben, nur so können wir die nächste Welle der Stellenkürzungen (strukturelle Maßnahmen zum Erhalt der Firma, nun der Weltwirtschaft) oder eine Krankheit, eine Epidemie oder den Tod überstehen. Diese Harmonie und Stabilität erreichen wir durch unseren Körper. Er verhindert den totalen Zusammenbruch. Um unser Immunsystem zu stabilisieren, sind Ernährungsumstellungen (nicht mehr Diäten), negative Stressvermeidung, Sport und Entspannung wichtig. Wir können somit ökonomische, ökologische und persönliche Krisen bewältigen. (...) Die Werbung spielt hier auch eine wichtige Rolle. Die Wirtschaft (die Firmen) braucht unglückliche Konsument(innen), sonst würde sie nicht mehr verkaufen. Die Werbung zielt darauf, uns bewusst zu machen, dass wir unglücklich sind. (...)

Zusammenfassend:

außerhalb des Körpers	innerhalb des Körpers
- Krise, Instabilität	- innere und familiäre Harmonie
- Stellenkürzung	- Immunsystem fördern
- Outsourcing	- Essverhalten regulieren
- Wegrationalisierung	- Sport
- Epidemien	- Entspannung

- Umweltkatastrophen	- negativen Stress vermeiden
- Tod	
nicht kontrollierbare Ereignisse, instabil	kontrollierbar, modellierbar, stabil

Konsum

Konsum ist gekennzeichnet durch manisch-depressive Zyklen von rasender Begehrde und Angst. Wir leben wie in einem jet-lag Zustand: Immer zu spät für das Neue. Die technologischen Geräte sind immer veraltet, so wie die neue Anti-aging-Creme, die letzten Shampoos, die neuen Diäten, die neue Ernährungsumstellung, die neue Entspannungsübung oder das neue Fitnessgerät. (...) Zur gleichen Zeit, in der uns Genuss und Freiheit versprochen werden, können wir diese Veränderung und Verwandlungen nicht mehr ertragen; wir zerbrechen daran. Diese Umstände verursachen u. a. in den Menschen, vor allem bei Jugendlichen, traurige Leidenschaften wie Groll, Frustration, Eifersucht und Bitterkeit. (...) Wir merken, dass wir an eine Grenze des möglichen Erträglichen für uns und für die Erde gelangt sind. Der Neokapitalismus, wie wir ihn heute erleben, versucht seine eigenen Grenzen zu überschreiten und will noch weiter über sich hinaus gehen, gegen eine Zeit ohne Zeit, ohne Grenzen. Er generiert Widersprüchlichkeiten. Essgestörte benehmen sich gleich und sind ebenfalls sehr widersprüchlich ("Ich will noch dünner werden, aber ich will nicht sterben" "Ich will doch essen, aber ich kann es nicht", "Ich will das Essen in mir halten, aber ich will doch nicht zunehmen!"). Sie hören den Körper nicht mehr, und oft sendet der Körper keine Zeichen mehr, die für sie wahrnehmbar sind oder sie werden umgedeutet als nicht gefährlich. Sie folgen dem Diktat der Werbung: sie sind nicht in Ordnung, sie sind das Problem und nicht die äußeren, gesellschaftlichen Umstände und Strukturen, denen sie sich jeden Tag aufs Neue ausgeliefert sehen. Das Politische und das Soziale werden verkannt, im wahrsten Sinne des Wortes wegrationalisiert. Diese Widersprüchlichkeit generiert auch Traurigkeit bis hin zur Depression.

Selbstschuld und Selbsthass

Der Neoliberalismus mit seinem Freiheitsgedanken für das Individuum hat auch dessen Verantwortlichkeit für das Scheitern mit sich gebracht: das Kollektive, das System, die Gesellschaft, die Kultur oder das Schicksal gibt es nicht mehr. Wir sind von Geburt an freie Frauen und Männer, die sich rational verhalten, von emotiver oder kognitiver Intelligenz gesteuert werden. (...) In diesem Kontext bedeutet Autonomie, Stärke zu zeigen und Schwäche zu vermeiden. Trotzdem bleiben alte Ungleichheiten bestehen, werden aber totgeschwiegen: Rechte, Macht und Ressourcen sind nicht gleich verteilt. Essgestörte haben das Dogma "Freiheit ist in den demokratischen Länder gegeben, das Scheitern steht in eigener Verantwortung" aufgenommen und verhalten sich danach bis zum Selbsthass. Wenn sie nicht perfekt in allen Bereichen sind (z. B. bei Leistungen wie bei Körpergestaltung), dann sind sie selber Schuld. (...) Die Menschheit hat immer wieder versucht,

sich vom Schicksal zu befreien: von Körper, Schicht, Rasse, Gefühlen und Charakter, um endlich frei zu sein. Heutzutage wird uns gesagt, dass wir es geschafft haben: wenn wir es nicht schaffen, liegt es an uns. Wenn wir aber alles, was uns kennzeichnet, was uns von anderen differenziert, hinter uns lassen, dann verlieren wir unsere Individualität. Essgestörte merken diese Widersprüchlichkeit, wissen aber nicht, wie sie damit umgehen können: "Soll ich mich anpassen, meine Gefühle und meinen Körper vergessen? Aber wer bin ich dann?" Meiner Meinung nach ersetzen die Schuldzuweisung und der Selbsthass das "Wer bin ich?". Da die Dekonstruktion der Weiblichkeit und der Männlichkeit gerade begonnen hat und die meisten Essgestörten Frauen sind, und Frau-sein immer noch in der zweiten Reihe zu sein bedeutet, basiert ihr Leben auf einer negativen Grundlage, die weggeschaffen werden soll. Vor allem Schwäche, alles was "weiblich" genannt wird, muss verschwinden, insbesondere Gefühle. Gefühle werden dem "Weiblichen", den Frauen, zugesprochen. (...)

Die Frage der Freiheit ist viel komplexer, als die Neoliberalisten behaupten. Die Freiheit ist ein Teil unseres Lebens, nicht das Leben. Das Leben ist ein Zusammentreffen von Determiniertheiten, Geschichte, Kultur, Wünschen und Unbewusstem, das sich mit anderen Menschen austauscht und kreuzt, bis unsere Persönlichkeit mit Schwächen und Gegensätzen entsteht. Es geht nicht darum, Andere, Sachen oder Situationen zu dominieren, sondern sich auf Andere, auf Sachen oder auf Situationen zu beziehen. Es geht darum, das Leben mit Anderen zu teilen. Deswegen kann die Verantwortlichkeit auch kollektiv sein oder geteilt, sie muss nicht nur persönlich sein. (...)

Bemerkung:

Der vollständige Text und ein ausführliches Literaturverzeichnis können bei der Autorin angefordert werden unter: mail@frauentreff-essoess.de

Monica Bonetti

Psych. Psychotherapeutin

Frauenberatungsstelle Eß-o-Eß
Kurt-Schumacher-Platz 5
24109 Kiel

mail@frauentreff-essoess.de



Arbeitsgruppe Psychosen bei Kindern und Jugendlichen

Kinder machen auf ihre Problematik ganz anders aufmerksam als Erwachsene. Ein Erwachsener kann in der Regel verbalisieren, was ihm fehlt. Aber auch Erwachsenen fällt es schwer, ihre Beschwerden deutlich zu definieren. Umso schwerer ist es für Kinder. Grundsätzlich äußern sich Kinder durch Veränderungen in ihrem Verhalten: Kleine Kinder schreien, ältere Kinder zeigen deutliche Verhaltensauffälligkeiten.

Diese Verhaltensauffälligkeiten können Ausdruck vieler Probleme und Sorgen des Kindes sein. Nur wenn wir als Erwachsene aufmerksam sind und diese Auffälligkeiten deuten können, können wir auch den Kindern helfen. Für Helfer ist es wichtig, bei Beratungsgesprächen nicht nur einige Handlungsratschläge bzgl. der Verhaltensabweichung geben, sondern auch erkennen zu können, ob möglicherweise eine beginnende psychische Störung vorliegt und dementsprechend eine Verweisung an Spezialisten nötig ist.

Ziele der angebotenen Gruppe waren, die Berater für psychische Erkrankungen zu sensibilisieren, sich bei den Übungen in die Situation von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zu versetzen und Wege weiterer Interventionen zu klären.

Im Zeitraum 2003-2006 wiesen 22 % der 7 bis 17jährigen Kinder und Jugendlichen eine psychische Auffälligkeit auf (Deutsches Kinderhilfswerk; www.dkhw.de). 12 % der Mädchen und 18 % der Jungen zeigten Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme. Jedes zehnte Kind zeigte Symptome einer Angst-, jedes zwanzigste Kind Symptome einer depressiven Störung. Unter den 17jährigen fanden sich bei fast jedem dritten Mädchen und etwa jedem achten Jungen Symptome einer Essstörung (Bundesministerium für Gesundheit, Juli 2008). Ein Drittel der Kinder, die an psychischen Erkrankungen und Auffälligkeiten leiden, benötigt eine ambulante oder stationäre Behandlung. Bei vielen Störungen können präventive Maßnahmen helfen.

Psychosen und Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis stellen für Kinder und Jugendliche nicht nur eine schwere psychische Störung, sondern auch ein erhebliches dissoziales Entwicklungsrisiko dar. Deswegen haben sich Konzepte der Früherkennung und Frühbehandlung psychischer Störungen immer mehr durchgesetzt, die bei frühem Behandlungsbeginn eine Verbesserung der Lebensprognose versprechen. Während die Früherkennungen und Behandlungen von Denkstörungen, Halluzinationen und Wahnideen als umstritten erachtet werden, ist um den Themenkreis der Primärprävention, d. h. um Interventionen vor Ausbruch der produktiven Symptome eine Debatte in Gange. Die schizophrene Psychose im Kindes- und Jugendalters stellt eine komplexe Störung des Selbst- und Weltbezugs dar, die in der Regel einen intermittierenden Verlauf nimmt, wobei die psy-

chotische Episode als Einbruch in die Kontinuität der Entwicklung des Individuums aufzufassen ist. Die typischen Symptome sind sogenannte produktive oder Impulssymptome, Wahnphänomene oder Halluzinationen im Sinne einer prädiagnostischen Symptomatik, wobei akute kognitive Störungen mit Beeinträchtigung des Denkens, Zerfahrenheit gelegentlich als eigener Faktor einer kognitiven Desorganisation herausgehoben werden. Weiterhin finden sich Defizite im Bereich der Wahrnehmung, Auffassung, Bedeutungsgebung, Gedächtnis, Denkens sowie Einbußen in der affektiven Ausdrucksfähigkeit im Sinne einer Negativ- oder Minus-Symptomatik. Diese Defizite führen nicht selten zu Adynamie, Entschlusslosigkeit, sozialem Rückzug und Adaptabilität.

Zeigt ein Kleinkind dauerhaft kein Interesse an anderen Menschen, in dem es beispielsweise lächelt, Blickkontakt aufnimmt oder Verhaltensweisen nachahmt, so können dies Zeichen eines frühkindlichen Autismus sein. Gewöhnlich beginnt ein Kind im Alter von 12 Monaten zu Brabbeln oder sich durch Winken sowie durch Deuten auf Gegenstände mitzuteilen. Spricht das Kind im Alter von 18 Monaten keine einzelnen Wörter oder bildet es mit 30 Monaten keine spontanen Zweiwortsätze, so sollte eine mögliche autistische Störung durch eine eingehende Untersuchung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater abgeklärt werden. Bei älteren Kindern können stark ausgeprägte Sonderinteresse oder fehlende Freundschaften auf eine autistische Störung, zum Beispiel das Asperger-Syndrom hinweisen. Solche Auffälligkeiten kommen jedoch auch bei anderen Erkrankungen vor und können Varianten einer normalen Entwicklung sein. Daher ist es schwierig, bei einem Entwicklungs- und Kinderneurologischen Alter unter 18 Monaten Autismus sicher zu diagnostizieren. Auch wenn Autismus bis heute nicht ursächlich geheilt werden kann, so können die betroffenen Kinder in vielen Bereichen durch eine ausreichende Förderung gute Fortschritte erzielen. Man schätzt dass es in Deutschland 30.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren an einem frühkindlichen Autismus leiden. Die leichte autistische Störung wie atypischer Autismus oder Asperger-Syndrom finden sich bei weiteren geschätzten 250.000 Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren. Von den meisten Formen einer autistischen Störung sind Jungen weitaus häufiger betroffen als Mädchen.

60 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland haben eine Angststörung. Da sich betroffene Kinder auch zurückziehen, bleibt die Störung häufig lange Zeit unerkannt. Mit Elternberatung, Psychotherapie und sozialen Hilfen können angstgestörte Kinder und Jugendliche wirksam unterstützt werden.

Die Auslöser können sehr vielfältig sein, man unterscheidet angststörungsspezifische Phobien im Bezug auf bestimmte Situationen und sozialen Phobien, bei denen soziale Kontakte Ängste auslösen. Die häufigste Form der Angststörung ist eine spezifische Phobie wie zum Beispiel eine übermäßige Angst vor Hunden und Spinnen. Ursache für eine Angststörung können traumatische Erlebnisse oder auch erlebtes Verhalten im Elternhaus sein. So haben Kinder angstgestörter Eltern ein höheres Risiko, selbst eine Angststörung zu entwickeln. Ist ein Kind wegen anderer gesundheitlicher Probleme in Behandlung, besteht eher die Chance auf eine frühe Diagnose.

Schlafmangel bei Kindern stellt ein erhebliches Risiko dar: Bekommt ein kleines Kind zu wenig Schlaf, so verdoppelt sich das Risiko, später übergewichtig zu sein und es erhöht sich die Gefahr, an einer Angststörung oder Depression zu erkranken. Forschungsbefunde zeigen, dass Kinder, die in ihren ersten beiden Lebensjahren dauerhaft weniger als 12 Stunden am Tag schliefen, im Alter von 3 Jahren doppelt so häufig übergewichtig waren wie die Kinder die länger geschlafen hatten. Auch Fernsehen hat einen schlechten Einfluss auf das Körpergewicht. Kinder, die im Alter von 2 Jahren zwei Stunden oder länger vor dem Fernseher saßen, waren nach dieser Untersuchung mit 3 Jahren ebenfalls deutlich häufiger übergewichtig. Schlafmangel verändert den Hormonstatus, und Sucht kann zu Heißhunger und Gewichtszunahme führen. Kinder, die weniger schliefen, berichteten als Erwachsener häufiger von Ängsten, Depressionen und aggressivem Verhalten.

Zusammenfassung:

Heute wird anerkannt, dass viele psychische Störungen Erwachsener ihren Ausgang in der Kindheit nehmen. Die Prävalenz vieler psychiatrischer Probleme wie Depressionen und Suizidverhalten steigen im Jugendalter merklich an. Weltweit leiden bis zu 20 % der Kinder und Jugendlichen an Behinderungen durch psychische Gesundheitsprobleme. Die Daten deuten zwar darauf, dass sich die Gesamtrate der Kinder mit psychiatrischen Problemen in den zurückliegenden Jahrzehnten nicht erhöht hat. Doch hat nicht die Zahl der selbstgemeldeten Depressionen erhöht und neue Diagnosen sind hinzugetreten. Viele Störungen verlaufen dabei periodisch oder chronisch. 4 % der 12 bis 17jährigen, 9 % der 18jährigen leiden an Depressionen. Damit sind Depressionen unter den folgenreichen Störungen mit der höchsten Prävalenz. Störungen stehen in einem Zusammenhang mit Suizid von Jugendlichen, der in vielen Ländern ein ernstes Problem und die dritthäufigste Todesursache junger Menschen ist. In wie vielen Fällen kann Prävention helfen.

In Europa leiden laut der WHO etwa 2 Millionen junge Menschen an psychischen Störungen wie Depression oder Schizophrenie. Viele von ihnen erhalten keine Pflege oder Beratung. Dabei ist die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen entscheidend für den Aufbau und den Erhalt einer stabilen Gesellschaft. Europa hält zwar seit längerem eine Führungsposition bei der Entwicklung von Programmen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen inne, doch neue Herausforderungen machen verstärkte Anstrengungen nötig, um den Erfordernissen des 21. Jahrhunderts begegnen zu können. Immigration, Migration, veränderte Familien, veränderte Beschäftigungsaussichten und eine fortdauernde Belastung durch Konflikte wirken sich auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und letztlich auf den gesundheitlichen Zustand von Nationen aus.

Dr. med. Olga Sokolova

Kinderärztin, Kinder- und Jugendpsychiaterin
und Psychotherapeutin

LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf

olga.sokolova@lvr.de



Ulrich Strickling

Arbeitsgruppe Burnout, Sekundärtraumatisierung und Psychohygiene in der Arbeit mit traumatisierten Klient(inn)en

Die Arbeitsgruppe setzte sich aus 29 Teilnehmenden zusammen, die in Beratungseinrichtungen mit unterschiedlichem Klientel und Schwerpunkt tätig sind. Die eingangs erfragte Interessenlage der Teilnehmenden ergab auf Grund unterschiedlichen Vorwissens und unterschiedlicher Erfahrung in der Arbeit mit Traumatisierten ein sehr breites Spektrum von Themenfeldern. Somit ging es im ersten Teil des Seminars auch um die Vermittlung theoretischen Basiswissens hinsichtlich Burnout und Sekundärtraumatisierung.

Die vielfach anzutreffende Annahme, dass traumatisierte Klient(inn)en ausschließlich in Kliniken und psychotherapeutischen Praxen nach Hilfe suchen, dort begleitet und in ihren Bewältigungsprozessen unterstützt werden, ist nicht richtig. Die Erfahrung vieler Kolleg(inn)en, die in der institutionellen psychosozialen Beratung tätig sind, in der EFL-Beratung, in Einrichtungen der Jugend- und Erziehungsberatung und in Frauenhäusern etc., zeigt ein völlig anderes Bild. Die Anzahl der

traumatisierten Klienten, die niedrigschwellige Beratungsangebote wahrnehmen, wird oft unterschätzt.

Somit stellen sich auch Fragen nach möglichen Folgeerscheinungen bei Berater(inne)n und Therapeut(inn)en in der Arbeit mit traumatisierten Klienten.

Burnout-Symptome und/oder sekundäre Traumatisierung können solche Folgeerscheinungen sein. Des Weiteren ist den Fragen nachzugehen, wie dem vorzubeugen ist, wie Prophylaxe aussehen kann und welchen Wert die Psychohygiene für den Berater selbst und für seine Arbeit mit dem Klienten hat.

Neben theoretischen Aspekten zum Thema (Sekundär-)Trauma und seiner Entstehung, den Traumafolgeerscheinungen und dem Burnout-Syndrom geht es ganz praktisch um individuelle Psychohygiene, verstanden als professionell zwingend notwendige Prävention in der Arbeit mit traumatisierten Menschen.

Die Arbeitsgruppe befasste sich mit folgenden Themen:

Stress und seine Folgen:

Der Begriff "Stress" ist geprägt für ein charakteristisches Reaktionsmuster, das Menschen als Antwort auf erhöhte Beanspruchung zeigen. Stress und sein Ausmaß sind bestimmt durch die Höhe der Anforderungen, denen sich jemand ausgesetzt sieht und die Bewältigungsressourcen, die man in der gegebenen Situation zur Verfügung hat. Das spezifische Reaktionsmuster hat neben physiologischen auch psychologische Komponenten, ruft in uns körperliche Veränderungen hervor, um den erhöhten Ansprüchen gerecht zu werden. Psychologische Stressreaktionen können u. a. sein: Verunsicherung, Gereiztheit, Niedergeschlagenheit, Plan- und Ziellosigkeit, Entscheidungsunfähigkeit, Ichbezogenheit oder Gleichgültigkeit gegenüber sich und anderen.

Die physiologischen Stressreaktionen mobilisieren Energien und bereiten den Organismus darauf vor, einer drohenden Gefahr mit Flucht- oder Kampfreaktion zu begegnen. Anders verhält es sich bei traumatischem Stress: Das subjektive Gefühl der völligen Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins, des Einbruchs der eigenen Existenz und des sich Auflösens aller Sicherheiten blockieren die mobilisierten Energien. Statt "Kämpfen oder Flüchten" ist als Reaktion auf das Trauma induzierende Ereignis ein emotionales Einfrieren oder innerliches Aufspalten die Folge.

Burnout-Syndrom:

Das Burnout-Syndrom beschreibt einen Zustand physischer und/oder psychischer Erschöpfung aufgrund von anhaltenden Überforderungen, die von innen oder von außen kommend massiven Stress induziert haben. Ein Burnout beeinträchtigt letztendlich Einstellungen, persönliche Motivationen, das Denken, Fühlen und Verhalten eines Menschen in ganz erheblichem Maß.

Die Teilnehmer(innen) befassten sich mit zwei unterschiedlichen Erklärungsansätzen für das Burnout-Syndrom, dem persönlichkeitsorientierten- und dem sozial-

arbeits- und organisationspsychologischen Erklärungsansatz. Des Weiteren wurde die Frage nach einer geschlechtsspezifischen Disposition dieses Syndroms diskutiert und seine evtl. in Kindheit und Jugendzeit liegenden Voraussetzungen.

Als wichtige und häufige Ursachen für chronische Stressreaktionen und die Entwicklung eines Burnouts wurden u. a. festgehalten:

- Psychosoziale Konflikte
- Unerfüllbarkeit von als zwingend empfundenen Wünschen und Bedürfnissen
- Eigene Grenzen nicht erkennen oder respektieren
- Vermischung von Beruf und Privatleben
- Unerreichbarkeit von gesteckten Zielen
- Defizit oder Überschuss an Informationen
- Mangelhaftes Zeitmanagement
- Mangelhafte institutionelle Bedingungen

Diese unvollständige Aufzählung deutet schon an, was konkret im Bereich der Psychohygiene zu erledigende Aufgaben sein können.

Trauma – Sekundäre Traumatisierung:

Sekundäre Traumatisierung bezeichnet die Veränderung des inneren Erlebens als Folge des empathischen Verhaltens gegenüber Traumatisierten und/oder traumatischen Inhalten. Die Arbeit mit Traumatisierten kann zu ähnlichen (affektiven) Reaktionen führen wie beim Traumatisierten selbst. Massive Gefühle der Wut, Angst, der Ohnmacht und Hilflosigkeit, des Zorns und der Trauer können auftreten und sich auf das Ich traumatisierend auswirken. Die Reaktionen können sowohl die emotionale als auch die körperliche und kognitive Ebene betreffen.

Weit häufiger als sekundär traumatisiert zu werden, werden Berater(innen) in der Arbeit mit Traumatisierten Symptome eines Burnouts erleben. Gefühle von Lustlosigkeit (gegenüber der Arbeit) oder Fragen nach dem Sinn der Arbeit / des Lebens stellen sich ein. Die "Klienten werden mit nach Hause genommen" und die Arbeit mit ihnen "hört nicht auf". Die primären Traumafolgen wie das Sich-Aufdrängen von Bildern, negativen Gefühlen, belastenden Gedanken (intrusive Verarbeitungsmechanismen) und das "Dicht-Machen", das Sich-Zurückziehen von Aktivitäten und den Freuden des Lebens oder aus Beziehungen (konstruktiver Umgang mit dem Erlebten) finden ihre Parallelen in der sekundären Traumatisierung und beim Burnout-Syndrom.

Es ist gut zu wissen, dass in der Arbeit mit traumatisierten Menschen viele unterschiedliche Gefühle in jedem Berater / jeder Beraterin entstehen können. Sie gleichen denen, die der Klient / die Klientin ebenso empfindet. All diese Gefühle zu erleben ist Teil des Begleitungsprozesses und absolut normal, es ist Bestandteil des Beratungsgeschehens. Problematisch wird es immer dann, wenn diese Gefühle anhaltend zu großen Raum gewinnen und keinen Platz mehr lassen für Gefühle der Freude, des Glücks und der Lust am Leben.

Damit dies nicht geschieht, können Beraterinnen und Berater Vorsorge treffen. Wesentlicher Teil dieser Vorsorge ist die Selbstfürsorge. Hierbei geht es zunächst darum, die eigenen Bedürfnisse wahr- und ernst zu nehmen und achtsam, wertschätzend und liebevoll mit sich selbst umzugehen. Eine konkrete "Maßnahme" zur Prophylaxe ist es, eine Haltung zu entwickeln, die Luise Reddemann beschreibt als die des nicht wertenden "inneren wohlwollenden Beobachtens" des eigenen (Körper-)Empfindens, des Denkens und der eigenen Handlungsimpulse. Allerdings ist dies nur ein erster Schritt. Die aus der eigenen Wahrnehmung ableitbaren, individuell sehr unterschiedlichen Elemente einer Psychohygiene-Prophylaxe in die Praxis umzusetzen, ist der notwendige zweite Schritt.

Wenn es richtig ist, dass Berater(innen) durch traumatische Erfahrungen ihrer Klienten auf allen Ebenen ihres Seins berührt werden, ist es auch sinnvoll in all diesen Bereichen selbstfürsorglich zu sein und geeignete, ganz konkrete Psychohygiene-Maßnahmen zu "installieren".

Im zweiten Teil der AG wurde von den Teilnehmer(inne)n ein Katalog entwickelt, der selbstfürsorgliche Elemente aufzeigt, keineswegs vollständig ist und natürlich ergänzt werden kann und sollte.

1. Professionelle Psychohygiene:

- Gute Ausbildung
- Fortbildungen
- Trauma-orientierte Selbsterfahrung
- Ausführliche Protokolle
- Grenzen setzen
- Supervision / Intervision
- Pausen einplanen / einhalten
- Resilienz / Selbstheilungskräfte entwickeln

2. Soziale Psychohygiene:

- Netzwerk basteln
- Freunde treffen
- Kollegiale Hilfe
- Hilfen vom Träger / Chef(in)
- Urlaub
- Freizeit
- Überstundenregelung
- "Familie leben"

3. Persönliche Psychohygiene:

- Bewegung / Sport
- Eigene Power erleben
- Pausen machen
- Ernährung
- Genügend Schlaf
- Entspannungstechniken
- Meditation
- Naturerlebniss
- Ruhe / Schweigen
- Singen / Chor
- Kreatives / Künstlerisches
- Ablenken

- Distanzierungstechniken
- Spiritualität / Glaube
- Düfte / Bilder / Blumen
- In schöner Umgebung bewegen
- Zärtlichkeit
- Belastendes im Alltag meiden
- Visionen entwickeln
- das innere Kind versorgen
- Körper pflegen
- An Schönes denken
- Sich freuen über ...
- ...

Psychohygiene ist ein wichtiger, unverzichtbarer Baustein in der Beratungsarbeit (mit traumatisierten Klienten). Es kann nicht darum gehen, ein vorgefertigtes Programm zu absolvieren, sondern (wieder) Kontakt mit den Selbstheilungskräften herzustellen und Freude und Lust am Leben zu haben.

Ulrich Strickling

Ehe-, Familien- und Lebensberater, Traumatherapeut

Humboldtstr. 14
49661 Cloppenburg

allalinhorn@ewetel.net



Dr. Elisabeth Streit

Arbeitsgruppe Früherkennung von Personen mit erhöhtem Psychoserisiko

Inhaltlich lag der Schwerpunkt – nach Vorstellungsrunde und Einführungsvortrag in das Thema – in der genauen Beschreibung der Frühsymptome, welche nach derzeitigem Forschungsstand als hinreichend prädiktiv, also ausreichend auf ein erhöhtes Psychoserisiko hinweisend erkannt wurden. Dies war auch der überwiegend von den Teilnehmenden gewünschte Schwerpunkt.

Es wurden Fragen zu speziellen Beratungssituationen der Teilnehmenden besprochen und mitgebrachte Fälle, zum Teil durchaus kontrovers diskutiert. Es gab deutliche Unterschiede bzgl. der bisherigen Erfahrungen zwischen Beraterinnen in einem Frauenhaus mit z. T. wohl schon schwerer gestörten Bewohnerinnen und den Beratern, die in Beratungsstellen arbeiten. Als besonders schwierig wurden Situationen in Paarberatungen beschrieben, in denen sich neben der Paarproblematik ein Psychoseverdacht bei einem der beiden Ehepartner einstellt.

In Gruppen- und Kleingruppenarbeit wurde nach einem Fallbericht geübt, die geschilderte Symptomatik einzuordnen und bzgl. eines erhöhten Psychoserisikos und anhand eines vorher eingeübten Krankheitsmodells (Vulnerabilität-Stress-Bewältigung-Modell oder Synapsenmodell) zu beraten. Dabei zeigte sich nach erstem Zögern eine lebhaftige Mitarbeit, wobei die meisten Berater(innen) die ihnen bereits vertrauten Beraterressourcen verwendeten und, sich in der Situation spezieller zu beraten, eher zurückhielten, dann aber auf evtl. weitere zusätzliche Beratung durch ein Früherkennungszentrum verwiesen.

Damit hätte diese Veranstaltung für uns im FEZ seinen Sinn, einer Vermittlung der Kenntnisse über die Früherkennung an (noch) niederschwelligere Einrichtungen erreicht – und auch hoffentlich die Ziele der Teilnehmenden.

Dr. Elisabeth Streit

Fachärztin für Neurologie, (Erwachsenen-)
Psychiatrie und Psychotherapie

Rheinische Kliniken Düsseldorf
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf

elisabeth.streit@ivr.de



Arbeitsgruppe

Depressive Störungen in der Beratungspraxis

Die Eingangsrunde haben wir wegen der großen Gruppe sehr kurz gefasst. Die Teilnehmenden wurden gebeten, sich einen für sie persönlich schwierigen depressiven Klienten vorzustellen und sich ihre eigenen Körperreaktionen in einem solchen Kontakt ins Gedächtnis zu rufen und zu beschreiben. Durch die Beispiele wurde bereits etwas vom Grundmuster der depressiven Beziehungsgestaltung und den typischen Gegenübertragungsgefühlen und Dilemmata der Therapeuten deutlich.

Abgesehen vom therapeutischen Anspruch, dem Klienten gegenüber sitzen zu bleiben, aufmerksam zuzuhören und Anteil zu nehmen, zeigten sich bei Fokussierung auf die eigenen "therapeutischen" Regungen vor allem Impulse rauszugehen, wegzulaufen, sich zu bewegen, den Klienten zu schütteln und rauszuschieben. Auch Schmerzen und Verspannungen sowie "unendliche" Müdigkeit wurden berichtet: die Müdigkeit führe zum Sitzen, "am Stuhl kleben", In-Sich-Zusammen-Sinken, Zeit überziehen und zu viel Reden. Die Intention der Arbeitsgruppe war, die Situation der Therapeut(inn)en und speziell die Resonanz auf das Thema Depression in den Mittelpunkt zu stellen – im Unterschied zur üblichen Fall orientierten Arbeitsweise, die häufig zur Vernachlässigung von Selbstfürsorge bei Therapeut(inn)en führt und somit letztendlich auch die fachliche Kompetenz schwächt.

Es können hier nicht alle körperorientierten Selbsterfahrungsübungen geschildert werden, die wir in der Gruppe erkundet haben, deswegen nur exemplarisch zwei größere Einheiten:

1. Für diese Resonanz-Übung wurde die Gruppe in "Klient(inn)en" und "Therapeut(inn)en" geteilt. Die Klient(inn)en-Gruppe sollte vorerst dabei zuschauen, wie sich die Therapeut(inn)en ihren Boden erarbeiten.

Die Therapeut(inn)en bekamen jeder einen kleinen Ball (Flummi), mit dem die Fußsohle aktiviert werden kann, indem man im Stehen erst den einen dann den anderen Fuß darauf hin- und herrollt und bewusst auf die Ausatmung achtet, wenn es schmerzt. Zwischendrin werden die Augen geschlossen, um den Boden und die Belebung von Füßen und Beinen zu spüren. Zum Schluss berichtete jede(r) Therapeut(in), wie er/sie sich fühlt und wie der eigene Stand am Boden wahrgenommen wird.

Die Klient(inn)en konnten sich dann spontan eine(n) Therapeutin/Therapeuten wählen.

Nun nahmen die Klient(inn)en eine depressive körperliche Position ein, ohne dabei zu sprechen. Die Therapeut(inn)en stellten sich gegenüber und konzentrierten sich auf die Frage "Was würde ich dieser Person gerne Gutes tun?".

Dabei sollten sie insbesondere die Folge ihrer verschiedenen Körperempfindungen und Gefühle wahrnehmen, die im Zusammenhang mit den auf die Klient(inn)en gerichteten Handlungsimpulsen auftraten. "Was macht es mit meinem Körper, wenn ich anderen und speziell dieser depressiven Person helfen möchte?" Anschließend Austausch und Feedback über die Impulse und Empfindungen. Danach Rollentausch.

2. Zwei weitere Übungen zum Widerstand der Depressiven ließen die Teilnehmer(innen) in beiden Rollen (Therapeut(inn)en Klient(inn)en) konkret körperlich erfahren, wie es ist, wenn keine Intervention hilft (unbewusste Absicht, die Hilflosigkeit der Therapeut(inn)en zu bewirken und sich darüber wirksam zu fühlen) – oder wenn Klient(inn)en übereifrig mitmachen (weil sie die Abgrenzung fürchten) und sich dabei nicht wirklich auf eine Ich-Du-Beziehung einlassen.
 - A Die Klient(inn)en erhielten die Aufgabe, sich im Stehen gegen jeden Vorschlag der Therapeut(inn)en, ihre Haltung zu verändern oder sie zu bewegen, mit aller Festigkeit ihrer Muskulatur (störrisch) zu wehren. Der Impuls konnte von Seiten der Therapeut(inn)en ein Antippen des Oberkörpers, leichtes Schubsen oder eine Modellierung der Haltung der passiven Klient(inn)en, z. B. Anheben eines Armes sein. Hierbei erfuhren die Klient(inn)en, wie viel Spaß es bringen kann, sich passiv zu verhalten und die Therapeut(inn)en arbeiten zu lassen – und auch ihre Widerstandskraft deutlich zu spüren. Die Therapeut(inn)en erlebten das Gefühl der Anstrengung ihrerseits sehr deutlich – und den damit verbundenen Ärger.
 - B In einer zweiten Variante sollten die Klient(inn)en jede Anregung von Seiten der Therapeut(inn)en zur Haltungsänderung, Auflockerung und Bewegung bereitwillig und ohne Widerstand mitmachen (eifrig und flexibel). Diese Art der Mitarbeit wurde hier auf der körperlichen Ebene unmittelbarer und als "besonderer" Widerstand wahrgenommen ("noch schrecklicher als das Sperren").

Konzepte:

Zum Verständnis der depressiven Symptomatik und Interaktion wurden die bioenergetischen Prinzipien, die den Energiemangel und Gefühlsverlust in den Vordergrund stellen, mit den Teilnehmenden besprochen.

Lowen sagt in seinem Buch *Depression* (1972): "Da die Depression durch die Unterdrückung von Gefühlen zustande kommt, kann man sie nicht selbst als Gefühl ansehen. Sie stellt das Fehlen von Gefühlen dar. Sie ist kein echtes Gefühl; und man sollte sie nicht mit einem echten Gefühl wie z. B. der Mischung aus Traurigkeit und Einsamkeit verwechseln." (S. 76)

Die natürliche Reaktion auf Frustration ist Wut. Auf einen Verlust reagiert man mit Traurigkeit und Kummer. Das heißt, es geht um die Wiedergewinnung von Gefühl. Gefühle werden – außer über Sprache – über die Stimme, die Augen, Körperhal-

tung und Körperbewegung ausgedrückt. Hier setzen die Interventionen in Form von Spiegelung, Resonanz, Aktivierung und Miteinander-Bewegen an.

Erdung

- Gefühle in den Beinen, Füßen und im Bauch
- Mit der Realität in Berührung sein
- Erdung fördert das Lusterleben

Atmung

- Depression bedeutet flache Atmung
- Verspannungen im Zwerchfell, in den Zwischenrippen- und Brustmuskeln, im Schultergürtel, in der Kehle und im Hals, im Kiefer und in der Schädelbasis
- Die Beziehung zwischen depressiver Stimmung und herabgesetzter Atmung ist so direkt und unmittelbar, dass jede Technik, welche die Atmung aktiviert, den Klammergriff der depressiven Stimmung lockert.
- Durch Aktivierung wird das Energieniveau gehoben, der Fluss der körperlichen Erregung wieder hergestellt, eine emotionale Abfuhr möglich (Weinen oder Wut) – Das bedeutet Mobilisierung des Gefühls durch Atmung, Bewegung und Stimme.

Differentielle Behandlungsaspekte

Es geht darum, dass der Depressive aktiviert wird, d. h. auf die Beine und in die Füße kommt (Boden- und Realitätskontakt, Selbstverantwortung) sowie seine Atmung verbessert. Er muss in die Lage versetzt werden, seine Wünsche nach Rettung aufzugeben, ohne deshalb voller Enttäuschung sich selbst oder den anderen zu zerstören. Damit er als Erwachsener seine Möglichkeiten findet, auch in den Begrenzungen des realen Lebens genug freudige Erfahrungen machen zu können, setzt dies einen lebendigen Körper voraus, welcher Lust und Freude erleben kann. Belebte Selbst-Wahrnehmung, Atem, Vitalität und Motilität aktivieren auch den Impuls, mit Wünschen und Sehnsucht auszugreifen.

Klärung: Sport, soziales Netzwerk, Medikamente (Psychopharmaka), Klinikaufenthalt

Dr. Vita Heinrich-Clauer

Diplom-Psychologin, Bioenergetische
Analytikerin (CBT)

Krahnstr. 17
49074 Osnabrück



Arbeitsgruppe Narzisstische Persönlichkeiten in der Beratung

Die narzisstische Persönlichkeit ist zwar zu erkennen an der auffälligen Symptomatik des Verhaltens (nach ICD 10), zu begreifen aber nur in der Dynamik der Krise des Selbstwertgefühls.

Zunächst wurden aber die äußerlichen Merkmale dargestellt; fast jedem Teilnehmenden fielen dazu Menschen ein, die man kennt – und üblicherweise wenig schätzt.

Genau dies aber ist unser Problem in der Beratung; wir sollen mit Menschen arbeiten, die zunächst mal nicht unsere Sympathie hervorrufen und damit auch nicht unsere Empathie.

Um über das Verständnis der Störung zur beratungstypischen Einfühlung zu kommen, müssen wir uns die Entstehung der narzisstischen Persönlichkeit ansehen. (Dies folgt dem Prinzip der kognitiven Verhaltenstherapie: durch Gedanken die Empfindungen verändern).

Dargestellt wurde die Genese an einem tiefenpsychologischen Modell der Persönlichkeit. Dabei kam es darauf an, die Verletztheit und Verletzlichkeit der narzisstischen Persönlichkeit zu zeigen und die Dynamik der narzisstischen Krise nachzuvollziehen. Diese Dynamik kann irgendwann in der "narzisstischen Katastrophe" enden, nämlich dem Zusammenbruch des schönen Scheins.

Dies ist meist der Anlass, dass Narzissten in die Beratung kommen. Sie haben große Schwierigkeiten, längere Beziehungen aufrechtzuerhalten, sie spüren innere Leere trotz z. B. beruflichen Erfolges.

Dabei reicht das Ausmaß der narzisstischen Störung von ein klein wenig (wie wir es vielleicht auch bei uns selbst erkennen können) bis zum pathologischen, behandlungsbedürftigen Narzissmus.

Ihr egozentrisches Verhalten stellt unsere Echtheit auf eine harte Probe. Reagieren wir spontan auf diese "Ellenbogenmenschen", ist dies wahrscheinlich schon das Ende der Beratung. Mir müssen darauf verzichten, ihre offensichtlichen Lebenslügen bloßzulegen und statt dessen achtsam, taktvoll und behutsam vorgehen. Die Wahrheit ist hier die zuträgliche Wahrheit, die sie in der Beratung nach und nach erkennen können, nicht das ganze Ausmaß des Elends.

Unsere eigene, spontane Reaktion auf Narzissten haben wir in einer kleinen Übung zu zweit überprüft.

In der Therapie (für die es die in ihrer Struktur narzisstischen Klienten zu motivieren gilt) geht es um die systematische Analyse der pathologischen Struktur des Narzissten, die sich im Übertragungsgeschehen zeigt. In der Beratung ist dies unser Geschäft nicht (obwohl wir natürlich genauso die Übertragung abbekommen).

Dennoch geht es nicht um Kleinigkeiten in der Beratung. Es geht darum, dem narzisstisch gestörten Menschen den Weg zu ebnen zu anderen Menschen, seine Beziehungsfähigkeit zu fördern und damit auch den Zugang zu sich selbst. Es geht um die verborgene verletzte Seite des Narzissten. Wenn wir als Berater diese akzeptieren, kann unser Klient es vielleicht nach und nach auch.

Wir helfen den Klienten, wenn wir in der Beratung ein Stück von uns selbst zeigen. Dies soll den Narzissten ermutigen, bei sich selbst hinzusehen. Er wird es wahrscheinlich nicht (wie der Borderliner) benutzen, um uns zu kränken, aber wie beim Borderliner ist Geduld die wichtigste beraterische Tugend, die wir aufbringen müssen.

Mit einer Kommentierung der Literaturliste endete die Arbeitsgruppe.

Christoph Krämer

Diplom-Psychologe, Psychotherapeut,
Supervisor

Albertinenstr. 13
14165 Berlin

christoph.kraemer@berlin.de



Arbeitsgruppe Umgang mit Alkoholabhängigkeit in der Beratung

Die Zielgruppe des Seminars bestand in Menschen, die sich in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung engagieren. Mit 15 Teilnehmenden ergab sich eine Arbeitsgruppe, welche einerseits eine vielfältige Vorerfahrung mitbrachte, andererseits die Möglichkeit anbieten konnte, spezielle individuelle Fragestellungen zu besprechen.

Ziel war es, die Teilnehmenden auf die spezifischen Schwierigkeiten aus der Beratung im Kontext einer Alkoholabhängigkeit vorzubereiten und eine dazu angemessene Haltung zu veranschaulichen. Dazu gehörte neben der Vermittlung des dafür erforderlichen Wissens auch der Erwerb von Kompetenzen zum Verständnis der Dynamik der Erkrankung in ihren sozialen Bezügen einschließlich der möglichen eigenen Rolle dazu.

Als theoretischer Hintergrund wurden im ersten Teil des Seminars die Erkennungskriterien einer Alkoholabhängigkeit, die verschiedenen Trinktypen und Trinkfunktionen, die Verlaufsform und die Folgeschäden sowie die Behandlungskette und die Vernetzung vorgestellt.

Die Methoden bestanden zunächst auf der Vorstellung eines Readers mit den erforderlichen Hintergrundinformationen. Zur Veranschaulichung dienten zusätzlich Schaubilder zur Suchtdynamik und den Suchtfunktionen.

Die Diskussion eigener Erfahrungen der Teilnehmenden konzentrierte sich auf das Problem des Umganges mit der Heimlichkeit dieser Erkrankung und den entsprechenden Verleugnungsformen, der Auswirkung auf die familiäre Situation mit besonderer Beachtung der Rolle der Kinder. Weitere Arbeitsergebnisse resultierten aus einer Besprechung der Themen: Kontrolliertes Trinken, Suchtverlagerung und Co-Abhängigkeit.

Schließlich wurde mit einem Rollenspiel eine Paarberatung nachgestellt, die sich mit einem alkoholabhängigen Mann und einer co-abhängigen Frau auseinandersetzt. Eine Reflexion dazu beendete das Seminar.

Auf Nachfrage der Teilnehmenden erklärte ich mich bereit, meine Broschüre "Zur Funktionsweise des Alkoholismus" der DAJEB zur Übermittlung zur Verfügung zu stellen.

Dr. Gerald Abl

Psychologe, Suchttherapeut, Psychologischer Leiter
der Tagesklinik Premnitz

Haefenzeile 13
13627 Berlin



Dr. Jörg Clauer

Arbeitsgruppe Wege aus der Seelenblindheit – Psychosoma- tisch erkrankte Klienten in der Beraterpraxis¹

Die Gruppenarbeit startete mit einer Einladung an die Teilnehmenden zu einer Fokussierung auf den eigenen Körper und ihre (Erfahrungs-) Bilder zur "Psychosomatik". Von diesen ausgehend wurden die phänomenologischen Gemeinsamkeiten sowie die diagnostischen Unterschiede und Differenzierungsmöglichkeiten von psychosomatischen und somatoformen Störungsbildern erarbeitet. Durch das Anknüpfen an den persönlichen und professionellen Erfahrungen der Teilnehmenden entstand eine offene, lebendige und vertrauensvolle Arbeitsatmosphäre, so wie sie auch in der Beratungspraxis mit diesem Klientel hilfreich sein wird.

Mit dem Verständnis für die unterschiedlichen Krankheitsbilder wurden in der Gruppe auch die Genese und zeitgemäße bio-psycho-soziale Erklärungsmodelle der Erkrankungen bearbeitet: Frühkindliche Erfahrungen von Traumatisierungen im Sinne von Angst-Terror oder Verlassenheit können bei psychosomatisch Erkrankten eine ähnliche Bedeutung wie bei Borderline-Störungen haben und sind in dem einheitlichen seelisch-körperlichen Funktionieren verankert.

Die großen Chancen einer Akzeptanz der somatoform Erkrankten als ganzheitlich Erkrankte durch den Berater anstelle einer kränkenden Einschätzung als "Eingebildete seelische Kranke" wurde herausgestellt – gleichzeitig aber auch die oft

¹ Die Redaktion sieht sich verpflichtet festzuhalten, dass ein Mitglied die Ausschreibung dieser Arbeitsgruppe dahingehend kritisiert hat, dass die "Alexithymie" ein überholtes Konzept ist.

großen Heilserwartungen der psychosomatischen Klient(inn)en, welche ein großes Enttäuschungspotential bergen und oft zum Berater- und/oder Arztwechsel und dem Ausspielen der Helferguppen gegeneinander führen können. Beratende werden daher meist die Erwartungen begrenzen und kleine Veränderungsmöglichkeiten und -schritte erarbeiten müssen einschließlich einer besseren Selbstannahme.

Um eine zermürbenden Aufspaltung in somatische und seelische Ursachen zu vermeiden und mit den Klienten sich nicht in Kämpfe und destruktive Kommunikationsmuster zu verwickeln, ist es in der Regel hilfreich, das subjektive Krankheitsverständnis der Klient(inn)en zu erforschen, daran anzuknüpfen und es so anzuerkennen. Mit einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell können die Vorstellungen der Klient(inn)en dann erweitert werden und "Gesundheitspraktiken" psychoedukativ vermittelt werden. Dafür wird eine achtsame und partnerschaftliche Beziehungsgestaltung eine notwendige Grundlage darstellen.

Der zweite Teil der Arbeit war vor allem der praktischen Arbeit und Selbsterfahrung gewidmet. Mit der Erfahrung von Halt und Rückhalt in der Gruppe entstand Raum für Verwurzelung am Boden und in der Beziehung zum Gegenüber sowie der Realität. Die zentrale Bedeutung der Wahrnehmung des eigenen Körpers (des eigenen Körper-Selbst) zu fördern und anzuregen war ein besonderer Fokus der Arbeitsgruppe, die Verbindung körperlicher Gesten mit bestimmten Gefühlsqualitäten, wurde spielerisch ühend erschlossen. Zudem beschäftigte uns die Bedeutung von Ablehnung, Verachtung oder Hass vor allem im (unbewussten) Körperausdruck und unserem Blick. Daran schloss sich die Behandlung der oft unbewusst ablaufenden Prozesse körperlicher Resonanz (=verkörperte Gegenübertragung) an. Sie sind für die Arbeit mit psychosomatisch Erkrankten besonders wichtig – ebenso wichtig aber auch als Grundlage für die notwendige Selbstfürsorge der Beratenden bei der Arbeit mit solchem Klientel.

Literatur

- Clauer, J. *Verkörpertes (leiblich-seelisches) Begreifen: Die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen in der Bioenergetischen Analyse.* In: Heinrich-Clauer, V. (Hg): *Handbuch Bioenergetische Analyse. Psychosozial*, Gießen 2008, S. 383-409
- Clauer, J. *Behandlung somatoformer Störungen in der Bioenergetischen Analyse.* In: Röhrich, F. (Hg.): *Störungsorientierte Körperpsychotherapie: Schulenspezifische Konzepte im Dialog*, Berlin 2009 (in Druck)
- Morschitzky, H. *Somatoforme Störungen: Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund*, 2. erw. Aufl., Wien 2007

Dr. Jörg Clauer

Krahnstr. 17
49074 Osnabrück



Andreas Schrappe

Arbeitsgruppe Kinder psychisch kranker Eltern

In einem ersten Schritt wurden die psychischen Erkrankungen Depression, bipolare Störung, schizophrene Psychose und Borderline-Persönlichkeitsstörung im Hinblick darauf vorgestellt, welche Konsequenzen sie für die Kinder der psychisch erkrankten Eltern mit sich bringen. Neben dem Referat wurde Wert darauf gelegt, dass die Teilnehmenden sich selbst in die Situation der betroffenen Kinder einzufühlen lernten. "Kinder leiden nicht unter den Diagnosen der Eltern, sondern unter den konkreten Verhaltensweisen, die sie an Vater oder Mutter erleben und die sie auf sich beziehen."

Für Beraterinnen und Berater ist es daher unabdingbar, die sichtbaren bzw. erleb-
baren Symptome der verschiedenen psychischen Erkrankungen zu kennen und
sie mit den Augen eines Kindes nachempfinden zu können. Da Kinder psychisch
erkrankter Eltern oft dem Schweigegebot folgen und teilnehmen an der Tabuisie-
rung der psychischen Erkrankung nach innen und außen, äußern sie sich oft auch
in Beratungen nicht oder nur ausweichend über ihr Erleben und Empfinden. Umso
wichtiger ist es, dass die Fachkraft einfühlsam Verstehensangebote ausspricht (in
Form von Geschichten, von Schilderungen anderer Kinder usw.), die dem Kind
sich zu öffnen helfen.

Wie stark Kinder von der psychisch elterlichen Erkrankung belastet werden, hängt
von einer Vielzahl von Faktoren ab, die in der diagnostischen Phase einer Bera-
tung abgeklärt werden sollten. Eine entsprechende Liste von Merkmalen wurden

vorgestellt. Hier kann die Brücke geschlagen werden zu den Resilienzfaktoren: denjenigen Verhaltensweisen und Bewältigungsstilen des Kindes, die ihm helfen, sich in der gegebenen Situation zurechtzufinden. Ein (kleiner) Teil betroffener Kinder geht aus den Belastungen unbeschadet oder gar gestärkt hervor, belegen die Erfahrungen und Untersuchungen.

Die Forschungen zur Heritabilität (Vererblichkeit) psychischer Erkrankungen zeigen auf, wie häufig die Kinder eines psychisch kranken Elternteils im statistischen Mittel später im Leben selbst in gleichartiger Weise erkranken. Bei den schizophrenen Psychosen ist die Wahrscheinlichkeit um den Faktor 10 bis 12 erhöht gegenüber einer genetisch unbelasteten Vergleichsgruppe, bei den affektiven Störungen beträgt der Faktor etwa 2 bis 3 bei einer hohen Grundrate insbesondere von Depression in der Allgemeinbevölkerung. Im gleichen Maße wie die genetischen Belastungsfaktoren entscheiden jedoch auch direkte und indirekte psychosoziale Vermittlungsprozesse darüber, ob ein Kind die gleiche Erkrankung bzw. eine andere psychische Auffälligkeit entwickelt oder ob es sich stabil entwickeln kann.

Die Hilfen von Psychiatrie, Jugendhilfe und Beratung setzen genau an diesen psychosozialen Bedingungsfaktoren an. Die Resilienzfaktoren weisen den Weg, in welcher Weise betroffene Kinder, aber auch ihre Eltern unterstützt werden sollten. Im Zentrum des Bemühens stehen die Enttabuisierung der psychischen Erkrankung und die Überwindung der innerfamiliären Sprachlosigkeit. Dies ebnet die Bahn für eine umfassende Aufklärung aller Familienmitglieder über die psychische Erkrankung und ihre Folgen für die Kinder und die Eltern. Im Workshop wurde in geraffter Form das aus dem Evangelischen Beratungszentrum Würzburg stammende Kinderfachbuch *Sonnige Traurigtage* (Homeier 2005) als Beispiel für kindgerechtes Aufklärungsmaterial vorgestellt.

Mehr als in anderen Beratungsfeldern, ist es bei der Begleitung von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil erforderlich, dass die Fachkraft den Kindern kognitive Orientierung und emotionale Klärung zur Verfügung stellt. Je nachdem, wie stark die elterliche Krankheit die Realitätswahrnehmung oder die Emotionsverarbeitung verrückt und verändert hat, haben die betroffenen Kinder große Mühe, sich in der sog. "Realität" zurechtzufinden und ihre widerstreitenden Emotionen einzuordnen. Diese Entwicklungsaufgabe, die üblicherweise mit Hilfe der eigenen Eltern geleistet wird, muss von diesen Kindern oft erst nachgeholt werden.

Es müssen nicht unbedingt professionelle Fachkräfte sein – häufig sind es in der Praxis positive stabile erwachsene Bezugspersonen (eine Großmutter, ein Jugendleiter, ...) aus dem Lebensumfeld des Kindes, die diese Orientierung und Klärung befördern. In vielen bundesdeutschen Projekten wird daher der Suche nach bzw. dem Kontakt mit einer solchen Bezugsperson ein hoher Wert beigemessen. Eine andere Strategie, die in der Beratung zum Tragen kommen kann, ist das Entwickeln und Formulieren eines Erste-Hilfe-Plans für den Fall einer erneuten Zuspitzung der psychischen Erkrankung: In "guten Zeiten" legen Eltern und Kinder

gemeinsam fest, was das Kind tun soll, an wen es sich wenden kann usw., wenn "schlechte Zeiten" anbrechen.

Nicht nur die Kinder profitieren von einem solchen Notfallplan – Studien zeigen, dass auch die erkrankten Eltern einen Nutzen davon haben, wenn sie ihre Kinder gut versorgt wissen. Es kommt seltener zu Behandlungsabbrüchen, das heißt die stationäre Behandlung wird eher bis zum Ende durchgehalten. Für das Kind hat dies den Vorteil, dass Mutter oder Vater bei Klinikentlassung bereits deutlich stabiler ist und dem Kind damit auch mehr als Gegenüber zur Verfügung steht.

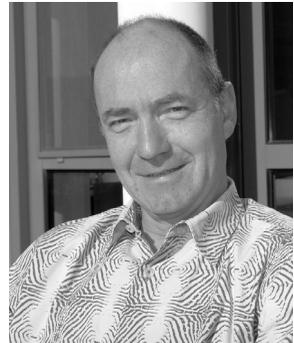
Den Abschluss des Workshops bildete die Auseinandersetzung mit den beiden Versorgungssystemen Psychiatrie und Jugendhilfe, die durch die krankheitsbedingte Belastungssituation gleichermaßen angesprochen werden, einander aber oft sehr fremd sind. Eine substantielle Hilfe für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil wird erst dann realisiert werden können, so das Fazit, wenn die Fachkräfte beider Disziplinen miteinander kooperieren und ihre jeweiligen Sichtweisen "vom erkrankten Erwachsenen her" bzw. "vom Kind her" zusammenbringen zugunsten einer familienorientierten Herangehensweise. "Mit zwei Augen sieht man besser", lautet das Motto in Abwandlung eines bekannten Werbeslogans. Wie dies konkret in die Realität einer Beratungseinrichtung umgesetzt werden kann, wurde am Beispiel des Würzburger Präventions- und Qualifizierungsprojekts für Kinder psychisch kranker Eltern am Evangelischen Beratungszentrum Würzburg aufgezeigt – mehr darüber auf www.wuerzburger-projekt.de.

Andreas Schrappe

Dipl.-Psychologe, Dipl.-Pädagoge, Supervisor
(DGSv), Ehe-, Familien- und Lebensberater

EBZ Würzburg
Stephanstr. 8
97070 Würzburg

schrappe.ebz@diakonie-wuerzburg.de



Bericht über die Mitgliederversammlung 2009

1. Begrüßung

Gamp begrüßt die anwesenden Mitglieder.

Sie stellt die neue Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle, Barbara Fehnle, vor.

Gamp stellt fest, dass die Versammlung satzungsgemäß einberufen wurde und beschlussfähig ist.

2. Bericht des Vorstandes

Gamp referiert den "Vorstandsbericht Mai 2008 - Mai 2009" (s. S. 52).

3. Aussprache

Es werden keine Rückfragen zu ihrem Bericht gestellt.

Danach beantwortet der Vorstand die eingereichten und aktuell gestellten Fragen der Mitglieder zu den Themenkomplexen:

- Professionalisierung – Beratungsgesetz
- Gibt es Erfahrungen zum Thema: Ehe-, Familien-, Lebensberater(innen) in freier Praxis?
- Wie reagiert die DAJEB auf die FGG Reform im Hinblick auf eine zu vermutende Zunahme von geschickten Klienten? – Brauchen wir zusätzlich neue Beratungsformen? Motivierende Gesprächsführung?

4. Themenbezogene Gruppenarbeit

Es finden drei Arbeitsgruppen statt:

1. Kinder / Jugendliche / geschickte Klienten
Moderatorin: Petra Heinze
2. Beratung in freier Praxis
Moderatorin: Cornelia Strickling
3. "Altenberatung"
Moderatorin: Petra Knispel

Anschließend berichten die Gruppenmoderatorinnen bzw. Neumann-Kiesel (AG 3) über die Ergebnisse.

5. Jahresabschluss 2008

6. Haushalt 2009

7. Planung 2010

Moeser-Jantke erläutert den Jahresabschluss 2008, den Haushalt 2009 und die Planung für 2010.

8. Rechnungsprüfungsbericht

Jell berichtet über ihre mit Gansert durchgeführte Rechnungsprüfung und verweist auf den Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses, der allen Mitgliedern mit den Unterlagen zur Mitgliederversammlung vorliegt.

Sie bestätigt den sorgfältigen Umgang mit den anvertrauten Mitteln und empfiehlt die Entlastung des Vorstandes.

9. Entlastung des Vorstandes

Müller-Prange stellt Antrag auf Entlastung des Vorstandes.

Der Vorstand wird einstimmig entlastet. Der Vorstand nimmt an dieser Abstimmung nicht teil.

10. Verschiedenes

Hierzu gab es zwei Wortmeldungen:

1. Groeneveld schlägt vor, für Mitglieder, die in den Ruhestand getreten sind, einen geringeren Mitgliedsbeitrag zu erheben.
2. Jell regt eine Weiterbildung zum Thema Sexualtherapie/-beratung an.

Arbeitsgruppen der Mitgliederversammlung

Petra Thea Knispel

Beratung mit älter werdenden Menschen – unter Berücksichtigung des demografischen Wandels

Welche Angebote gibt es? Wie bereiten sich Berater oder die DAJEB e.V. darauf vor? Was sind die Auslöser der Beratung? Wie können die Zugänge verbessert werden?

Die Teilnehmerinnen konstatieren, dass Beratung im Alter anders ist.

Was muss ich als Berater berücksichtigen?

- Das eigene Alter des Beraters/der Beraterin
- Den eigenen Umgang mit dem Altwerden
- Den historischen Kontext des Klienten (Traumata, Kriegserlebnisse, Vertreibung etc.)
- Die Lebenserfahrung des Paares, die Würdigung erfahren soll
- Einbeziehung der allgemeinen Geschichte den psychosozialen Kontext des Klienten

Beratung soll unabhängig vom Alter des Klienten - eher abhängig von Krankheiten und dem Lebenskontext stattfinden (personenzentrierte Beratung).

Schwierigkeiten werden gesehen bei Paaren, die 40 Jahre oder länger verheiratet sind. Es bestehen sehr unterschiedliche Erwartungen an das restliche Leben. Den sogenannten "Lebensabend" möchte jeder für sich selbst gestalten, aber meist ist das Paar in alten Mustern gefangen. Es steht oft große Not hinter den vordergründigen Problemen. Medizinische (z. B. hirnorganischen Lernmöglichkeiten im Alter, geriatrische Erkrankungen, Rehabilitationsmöglichkeiten) und psychologische Kenntnisse der Beratenden sind dringend erforderlich.

Wie gehen wir mit Tabuthemen um, die enttabuisiert werden müssen (Krankheit, Sex, Tod, Trennung und Scheidung im Alter)? Welche Modelle haben wir selbst als Berater in Bezug auf das Altsein?

Wünsche:

- Aufnahme des Themas in die Weiterbildung
- drei Weiterbildungsmodule (z. B. 3x3 Tage)
- Erarbeitung eines Curriculums
- Thema für eine Jahrestagung – vielleicht für 2011?

Fazit: Beratung im Alter ist anders, wir müssen uns selbst und auch in der Rolle des Beraters/der Beraterin darauf einstellen und unsere Fachkompetenzen erweitern.

Es geht um Erwartungshaltungen des Klienten / der Klientin betreffend der Selbstständigkeit im Alter, d. h. es geht um die Zukunftsgestaltung der Älteren. Es sollen die Ressourcen der auch älter werdenden Berater(innen) genutzt werden.

Cornelia Strickling

Selbstständige Berater(innen)

In der Arbeitsgruppe diskutierten vor allem Berater(innen), die wegen der angespannten finanziellen Situation ihrer arbeitgebenden Institutionen nur Teilzeit- oder Honorarstellen innehaben und daher eine zusätzliche selbstständige Beratungstätigkeit erwägen oder bereits ausüben. Im Verlaufe des lebhaften Erfahrungsaustausches unter den Teilnehmenden wurde deutlich, dass ein erhöhter Bedarf an Vernetzung mit ähnlich betroffenen Mitgliedern zwecks Informationsaustauschs, Interventionsmöglichkeiten etc. besteht. Es ergab sich daraus eine Anfrage nach Bereitstellung von Möglichkeiten des Adressenaustausches von DAJEB-Mitgliedern an den Verband.

Petra Heinze

Kinder/Jugendliche/geschickte Klienten

Die Mitglieder dieser Arbeitsgruppe fanden sich zusammen, um sich über die Veränderungen, die das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG), das am 1.09.2009 in Kraft tritt, für die Beratungsarbeit bringt, auszutauschen. Nach § 156 (1); Satz 4 FamFG kann das Familiengericht anordnen, dass Eltern an einer Beratung der Kinder- und Jugendhilfe teilnehmen. Wir debattierten über die Vor- und Nachteile, die Beratung im Zwangskontext mit sich bringt. Dabei gab es vielfältige Vorschläge, wie die Umsetzung erfolgen könnte, z. B. den, einen "Runden Tisch der Professionen" einzuführen. Wir waren uns einig, dass es förderlich wäre, zu Vereinbarungen zwischen Familiengericht und Beratungsstelle zu kommen. Von Anfang an muss eine absolute Transparenz in der Zusammenarbeit mit den Eltern herrschen, welche Daten und Ergebnisse in welcher Form, dem Familiengericht übermittelt werden. Grundsatz solcher Beratungen muss bleiben, dass die Eltern die Verantwortung für ihre Kinder haben und Berater(innen) nicht in die Falle tappen dürfen, den Eltern diese abzunehmen.

Als Anregung für die weitere Arbeit der DAJEB wurde vorgeschlagen, in einer Arbeitsgruppe des Vorstandes zu erarbeiten, welche Kompetenzen (Arbeitsmittel und Methoden, sowie Selbstsorge) für Berater(innen) für diesen Beratungskontext notwendig sind. Hilfreich könnte eine Kontaktaufnahme mit Wissenschaftlern des Forschungsprojekts in Velefananz sein, das sich der Arbeit mit hochstrittigen Eltern widmet.

Vorstandsbericht Mai 2008 – Mai 2009

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Mitglieder,

ich lege Ihnen den Bericht über die Aktivitäten des Vorstandes seit der letzten Mitgliederversammlung vor.

Detaillierte Aussagen zu diesen Aktivitäten haben Sie mit den Unterlagen zur Mitgliederversammlung bekommen – ergänzend möchte ich Ihnen einige wesentliche Entwicklungen kommentieren:

WEITERBILDUNGSKURSE, FORTBILDUNGSREIHEN UND FORTBILDUNGEN

Im Mittelpunkt unserer Aktivitäten im Berichtszeitraum standen unsere Weiterbildungs- und Fortbildungsangebote; hier sind zunächst die

Weiterbildungskurse in Ehe-, Familien- und Lebensberatung

zu nennen, nämlich:

- der 11. Blockkurs unter der Leitung von Berend Groeneveld,
- der 16. Berliner Weiterbildungskurs unter der Fachleitung von Christoph Krämer und der organisatorischen Leitung von Petra Heinze und
- der 50. Weiterbildungskurs in Berlin unter der Leitung von Petra Heinze.

Dazu eine Erläuterung: Der Vorstand hat auf der Herbstsitzung 2008 beschlossen, die unterschiedliche Durchnummerierung der Weiterbildungskurse zu vereinheitlichen; so wird der nächste Kurs in Berlin der 50. Weiterbildungskurs sein und der nächste Blockkurs der 51. Der 1. Kurs wäre nach dieser Zählung der 1. Kurs in Berlin, der im Jahr 1970 begann. Es gab natürlich schon vor dem Jahr 1970 zahlreiche sog. "Kurse", tatsächlich handelte es sich dabei aber nur um relativ kurze Fortbildungsreihen mit vergleichsweise wenig Unterrichtsstunden.

Der 11. Blockkurs läuft mit 30 Teilnehmenden in Lage (in Nordrhein-Westfalen).

In diesem Kurs arbeiten

- Frau Ulrike Heckel (Diplomsozialpädagogin, Eheberaterin und Supervisorin) und
 - Dr. Stefan Schumacher (Diplomtheologe, Eheberater und NLP-Lehrtrainer)
- als neue Mentorin bzw. neuer Mentor mit.

Das Curriculum für diesen 11. Blockkurs wurde vom Weiterbildungsausschuss fortgeschrieben und um die folgenden Themen ergänzt:

- "Beratung von binationalen Paaren und Familien mit Migrationshintergrund"

- Formen aufsuchender Beratungsarbeit
- Klienten der Zukunft - Beratung in der postmodernen Gesellschaft
- Vernetzung und Kooperation – Beratung in Helfernetzwerken

Im **16. Berliner Weiterbildungskurs** konnten 25 Teilnehmende zur Abschlussprüfung zugelassen werden, die von allen bestanden wurde.

In der anonymen Abschlussbefragung wurde dieser Kurs mit der Note 1,4 bewertet.

Eine Reihe von Kolleginnen und Kollegen beendeten mit dem Abschluss dieses Kurses ihre Mentorentätigkeit. Wir danken

- Elisabeth Frake-Rothert,
- Dr. Elke Nowotny und
- Sigrid Karrasch,

insbesondere aber auch

- Christoph Krämer,
- Alfred Meißner und
- Ute Preis

für ihr Jahrzehnte langes Engagement in den Berliner Weiterbildungskursen.

Die Zulassungstagung für den **50. Weiterbildungskurs** findet vom 6. - 8. Juni 2009 statt.

Eine ganze Reihe neuer Mentorinnen und Mentoren wird in diesem Kurs mitarbeiten, u. a.

- Anke Culemann (Diplompsychologin und Ehe-, Familien- und Lebensberaterin),
- Kurt Pelzer (Diplompsychologe, systemischer Paar- und Familientherapeut) und
- Ingo Stein (Pfarrer, Diplompädagoge, Ehe-, Familien- und Lebensberater)

sowie zwei weitere Kolleginnen für die Weiterbildungssupervision:

- Christina Dischur (Diplompädagogin, Supervisorin) und
- Ute Maischein (Diplompsychologin, Supervisorin).

Wegen der genannten Neubesetzungen der Dozentenkollegien in den beiden Weiterbildungskursen tagte im Februar 2009 erstmals seit dem Jahr 2006 wieder die **Mentorenkonferenz** aller Weiterbildungsmentoren.

Inhaltlich wurden die neuen Kursmentoren von dem Leiter des Weiterbildungsausschusses und von mir in Form eines geleiteten Interviews in die Geschichte der DAJEB eingeführt. Dank an dieser Stelle an Anke Culemann, die das informative Interview ausgearbeitet und geleitet hat.

Das Mentorentreffen diente ferner der Vermittlung unseres Weiterbildungscurriculums an die neuen Kursmentorinnen und -mentoren im Sinne einer Übersicht. Schließlich konnten sich die neuen Dozenten im Rahmen einer "Open Space Konferenz" bei den erfahrenen Mentoren genauestens über ihre zukünftige Tätigkeit informieren und auch instruieren lassen. Zu den Arbeitsfeldern Theorievermittlung, Selbsterfahrung und Methodentraining, Supervision und schriftliche Arbeiten wurden viele Tipps und Erfahrungen weitergegeben.

Was ich in meinem letzten Tätigkeitsbericht betonte, hat nach wie vor Gültigkeit: Wir werden im Zusammenhang mit dem **Bolognaprozess** sorgfältig die Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen in Beratung beobachten müssen, um ggf. hier notwendige Veränderungen an unseren Weiterbildungskursen vornehmen zu können.

Ein erster Schritt hierzu ist die Einrichtung unseres **Ausschusses "Kompetenzen"**.

Dieser Ausschuss soll nicht – wie vor "Bologna" üblich – unsere Weiterbildungskurse in erster Linie nach Lehrinhalten überprüfen wie z. B.: Welche Themen fehlen? Welche Themen sind ausführlicher darzustellen? Welche neuen Theorien und Methoden sind zu berücksichtigen? etc.

Der Ausschuss soll vielmehr

- die von einer Eheberaterin bzw. einem Eheberater zu erwerbenden Kompetenzen definieren
- dann überprüfen, ob unsere Curricula diesen Anforderungen gerecht werden und
- als Resultat dieses Prozesses notwendige Veränderungen und Ergänzungen unserer Curricula vorschlagen.

Der Ausschuss steht unter der Leitung von

- Cornelia Strickling; weitere Mitglieder sind:
- Berend Groeneveld,
- Petra Heinze,
- Petra Knispel und
- Cornelia Weller.

Unsere Weiterbildungskurse werden ergänzt um unsere beiden

Fortbildungsreihen

- "Gesprächsführung ... für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der familienbezogenen Beratung mit dem Schwerpunkt Beratung Schwangerer" mit 8 Kurswochenenden unter der Leitung von Cornelia Weller und
- "Grundlagen der Erziehungsberatung für Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater" mit 5 Kurswochenenden unter der Leitung von Petra Heinze.

Die seit dem Jahr 2001 angebotene Fortbildungsreihe zur Schwangerschaftsberatung in Chorin bei Berlin wurde auch im Jahr 2008 wieder erfolgreich durchgeführt. Die Teilnehmerinnen – es nehmen fast nur Frauen an dieser Fortbildungsreihe teil – können einzelne oder mehrere Veranstaltungen belegen. Tatsächlich absolviert aber ein großer Teil von ihnen alle 8 Kurswochenenden, da dies in mehreren Bundesländern Voraussetzung für die Tätigkeit in Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen ist. Erfreulich ist, dass in zunehmender Zahl auch Beraterinnen aus den alten Bundesländern an dieser Fortbildungsreihe teilnehmen.

Wegen des großen Erfolges findet die Fortbildungsreihe auch im Jahr 2009 wieder statt – die meisten Veranstaltungen sind bereits ausgebucht.

Unsere auch bei dieser Fortbildungsreihe eingesetzten verschiedenen Controllinginstrumente führen dazu, dass die Unterrichtsinhalte kontinuierlich den Erfordernissen der Praxis angepasst werden. So wird u. a. in Zukunft

- bei dem Kurswochenende zum Thema "Sexualberatung" auch das Thema "Sexualpädagogik" berücksichtigt,
- das Thema "Beratung von Migrant(inn)en" intensiver behandelt und
- das Thema "Frühe Hilfen" im Rahmen der "Sozialen Hilfen" angeboten.

Im Jahr 2008 endete der 3. Kurs "**Grundlagen der Erziehungsberatung für Ehe-, Familien- und Lebensberaterinnen und -berater**" wiederum mit sehr guten Bewertungen durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

2 Teilnehmende an dieser Fortbildungsreihe, die bereits eine Weiterbildung in Ehe-, Familien- und Lebensberatung absolviert hatten, nahmen neben den 5 Wochenendveranstaltungen auch an einem Praktikum teil; dieses bestand aus

- selbstständig durchgeführten Beratungsstunden und Protokollen,
- Gruppen und Einzelsupervisionen,
- 1 Fallarbeit und
- dem Abschlusskolloquium.

Nach der erfolgreichen Absolvierung des Praktikums konnte ihnen das Zertifikat "Ehe-, Familien-, Lebens- und Erziehungsberaterin" bzw. "-berater" am Ende der Fortbildungsreihe überreicht werden.

3 weitere Teilnehmende an dieser Fortbildungsreihe, die auch am Praktikum und parallel dazu am 16. Berliner Weiterbildungskurs teilnahmen, erhielten am Ende des Weiterbildungskurses ebenfalls das Zertifikat "Ehe-, Familien-, Lebens- und Erziehungsberaterin" bzw. "-berater".

Die sehr guten Bewertungen und die große Nachfrage nach der Fortbildungsreihe haben uns ermutigt, diese erneut anzubieten; der 4. Durchgang beginnt im Herbst 2009 in Hannover.

Gerade auf dem Gebiet der Erziehungsberatung wird es

- durch die Novellierung des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG)" und
- durch das geplante Bundeskinderschutzgesetz

erhebliche Veränderungen z. B. in der Vernetzung und Zusammenarbeit der Beratungsstellen mit anderen Einrichtungen geben. Das und die Einarbeitung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse auf diesem Gebiet erfordert eine ständige Aktualisierung des Curriculums.

Der Vorstand hat bereits jetzt beschlossen, dass Cornelia Strickling ab dem Jahr 2011 die Leitung dieser Fortbildungsreihe übernimmt.

Auf Grund der angespannten Haushaltslage konnten im Jahr 2008 keine weiteren **Fortbildungen** durchgeführt werden.

Auf Grund der verbesserten Haushaltslage der DAJEB – der Geschäftsführer wird in seinem Bericht hierauf noch ausführlicher eingehen – werden wir voraussichtlich in der 2. Jahreshälfte 2009 wieder Fortbildungen anbieten können.

Voraussetzung aber dafür, dass die Arbeit der DAJEB im Allgemeinen und ihre Weiterbildungskurse, Fortbildungsreihen und Fortbildungen im Besonderen einem breiten Fachpublikum bekannt werden, ist eine wirksame

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Hier ist an vorderster Stelle unser

Informationsrundschriften

zu nennen. Verantwortlicher Redakteur ist Rolf Holtermann, der bei seiner Arbeit von unserem Redaktionsausschuss tatkräftig und ideenreich unterstützt wird. Ihm gehören an:

- Petra Knispel,
- Cornelia Strickling und
- Berend Groeneveld.

Seit der letzten Jahrestagung sind erschienen:

- das Informationsrundschriften Nr. 217 zum Thema "Vielfältige Lebenswelten, vielfältige Beratung" mit dem Bericht über die Jahrestagung und Mitgliederversammlung 2008 und
- das Informationsrundschriften Nr. 218 zum Thema "Beratung zwischen Integration und Assimilation".

Der Umfang der Informationsrundschriften ist fast immer bis zur drucktechnisch möglichen und kostenmäßig günstigsten Form ausgereizt. Er liegt maximal bei 96 Seiten.

Die Aufgaben von Rolf Holtermann als verantwortlichem Redakteur sind vielfältig:

- er fordert bei ausgewählten Autoren und Autorinnen die Beiträge an,
- hält Kontakt zu ihnen,
- erinnert ggf. auch an vereinbarte Zusendungstermine – ggf. auch mehrfach,
- redigiert die Fachbeiträge und
- stellt auch Rezensionen zu interessanten Neuerscheinungen aus dem Bereich der Fachliteratur zu beratungsrelevanten Themen in das Informationsrundschreiben ein.

Das veränderte Layout, das jedem Fachbeitrag ein Abstract, psychosoziale Stichworte und ein Bild vom Autor bzw. von der Autorin beifügt, hat sich bewährt.

Erfreulich ist, dass wir vermehrt von Autoren um Rezensionen zu ihren Neuveröffentlichungen gebeten werden. Dies zeigt m. E. an, dass auch diese Beiträge als kompetent eingestuft werden und Autoren die Veröffentlichung von Rezensionen im Rundschreiben wertschätzen.

Die Qualität unserer Fort- und Weiterbildung wollen wir auch weiterhin durch die Veröffentlichung von Kursarbeiten unserer Teilnehmerinnen und Teilnehmern an den Weiterbildungskursen im Informationsrundschreiben dokumentieren. Dazu bitten wir die Dozent(inn)en und Mentor(inn)en auch weiterhin um ihre Aufmerksamkeit für geeignete Fachbeiträge und Kontaktaufnahme mit dem verantwortlichen Redakteur.

Zunehmend wird auch unsere

Homepage www.dajeb.de

zur Information über die DAJEB genutzt. Im 1. Quartal 2009 waren durchschnittlich 453 Besuche täglich zu verzeichnen.

Das Thema

MIGRATION

hat uns schon früh beschäftigt:

- so behandelte z. B. das Informationsrundschreiben Nr. 130 im Frühjahr 1976 Aspekte interkultureller Ehen und
- unsere Jahrestagung 1994 beschäftigte sich mit dem "Ausländer in der Beratung"; die Themen der Arbeitsgruppen reichten von der "Gewalt gegen Fremde" bis zu "Die islamische Immigration zwischen Tradition und Integration."

Bei der ersten Sitzung des neuen Vorstandes im Mai 2008 wurde das Thema "Migration" aber erstmals zu einem der zukünftigen Arbeitsschwerpunkte der DAJEB erklärt. Dies zeigt sich schon darin, dass mit Patrick Friedl erstmals ein

"Migrationsbeauftragter" benannt wurde. Zu seinen Aufgaben gehört z. Zt. insbesondere:

- Beobachtung der politischen und fachpolitischen Diskussion;
- regelmäßige Berichterstattung im Vorstand über relevante Aspekte des Themas Migration;
- Stellungnahme zu Grundsatzpapieren des DAKJEF etc.;
- Bedarfserhebung für eine Weiterbildung von Migrationsberaterinnen und -beratern;
- Prüfung der Frage, ob einzelne unserer Broschüren übersetzt werden sollten.

Schließlich möchte ich schon jetzt darauf hinweisen, dass am 4. November 2009 die DAJEB in Berlin in Kooperation mit dem Generalsekretariat des Deutschen Roten Kreuzes eine Fachtagung zum Thema "Was fördert, was hemmt den Zugang muslimischer Familien zu Familienberatungsstellen?" durchführen wird.

Ich denke, dies ist eine gute Überleitung zum Punkt

KOOPERATION UND VERNETZUNG

Auch im letzten Jahr haben wir wieder maßgeblich in den beiden wichtigsten bundesweiten Gremien der Beratung mitgewirkt. Im

Deutschen Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF)

sind unsere Vertreter

- Cornelia Weller,
- Dr. Florian Moeser-Jantke und
- ich selbst.

Im DAKJEF sind vertreten:

- die DAJEB,
- die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung,
- die Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung,
- die Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung und
- die Pro Familia.

Die Geschäftsführung hat z. Zt. turnusmäßig die Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung inne.

Arbeitsschwerpunkte im Berichtszeitraum waren:

1. Arbeit mit Migrant(inn)en in der Beratung

Als Ergebnis des "Expert(inn)engespräch<s>" zum Thema "Integration gestalten" am 11.10.2007 in Berlin wurde ein Papier "Fachliche Empfehlungen für eine migrationssensible institutionelle Beratung" erstellt. Dieses soll 2009 veröffentlicht werden. Ziel dieses Papiers ist es, für Träger und Mitarbeiter(innen)

in der institutionellen Beratung Orientierung, Anregungen und Anstöße für eine interkulturelle Öffnung der Beratung zu geben.

Darüber hinaus wurde ein Fachausschuss "Migrationssensible Beratung" gegründet. Dieser wird im Frühsommer 2009 seine Arbeit aufnehmen.

2. Die Auswirkungen des Bolognaprozesses (Bachelor- und Master-Studiengänge) auf unsere Weiterbildungskurse.
3. Struktur des DAKJEF – hier wurde eine neue Geschäftsordnung verabschiedet und schließlich
4. Fragen zur Finanzierung von Beratungsarbeit

Letzter Arbeitsschwerpunkt des DAKJEF war dessen Verhältnis zur

Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB),

dem zweiten Gremium, in dem die DAJEB intensiv mitarbeitet.

Psychologische Beratung erstreckt sich mittlerweile über einen weiten Bereich unterschiedlicher Tätigkeitsfelder. Neben den klassischen Beratungsfeldern von Erziehungs-, Ehe- und Partnerschaftsberatung, Familien- und Lebensberatung mit ihren spezifischen Ausdifferenzierungen wie Beratung bei Schwangerschaft, Frauenberatung, Mediation u. ä. sind dies auch die Felder der Supervision, des Coachings, der Team- und Personalentwicklung.

Diese Diversität von Beratungsfeldern und der damit verbundenen theoretischen und methodischen Ansätze bildet sich in der Heterogenität der Mitglieder in der Deutschen Gesellschaft für Beratung (DGfB) ab. Inzwischen sind in der DGfB 32 Fachverbände zusammengeschlossen.

In der AG "**Standards und Essentials**" waren wir durch Berend Groeneveld vertreten.

Diese hat am Ende ihrer Arbeit den Entwurf eines Papiers mit Mindeststandards für die Weiterbildung erarbeitet, das auf der nächsten Mitgliederversammlung im Herbst 2009 verabschiedet werden soll. Ob es dazu tatsächlich kommen wird, ist aber im Augenblick noch fraglich, da einzelne Punkte der Standards höchst kontrovers zwischen den Mitgliedsverbänden der DGfB diskutiert werden, so z. B.:

- Sollen die Standards verbindliche Richtlinien oder unverbindliche Empfehlungen sein?
- Soll i. d. R. ein Fachhochschul- oder Hochschulabschluss Zugangsvoraussetzung für die Weiterbildung sein?
- Soll es einheitliche Standards für jede Art von Weiterbildung in Beratung geben oder nicht?
- Soll die DGfB einzelne Verbände, einzelne Weiterbildungen oder Teilnehmer(innen) an Weiterbildungen zertifizieren?

- und schließlich werden die vorgesehenen Mindeststundenzahlen unter Kostenaspekten sehr unterschiedlich von den einzelnen Verbänden diskutiert.

In der AG "**Information für Ratsuchende**" waren wir ebenfalls durch Berend Groeneveld vertreten.

Die Arbeitsgruppe soll eine Informationsbroschüre für Ratsuchende erarbeiten, mit deren Hilfe qualifizierte psychologische Beratung von dubiosen und Scharlatan-Offerten auf dem breiten Markt der Lebensbewältigungshilfen unterschieden werden kann. Sie soll einen effizienten Beitrag zum Verbraucherschutz im Dienstleistungsbereich psychologischer Beratung leisten.

Im **Vorstand der DGfB** ist die DAJEB mit Dr. Florian Moeser-Jantke vertreten.

Schließlich ist die Arbeit der DAJEB auch – und zwar ganz entscheidend – von der

BEZUSCHUSSUNG DURCH DAS BMFSFJ,

dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend abhängig. Wir freuen uns besonders darüber, dass im Jahr 2009 der Bundeszuschuss um 4,8% stieg – keine Selbstverständlichkeit in einem Jahr der Finanz- und Wirtschaftskrise!

Morgen wird unsere Jahrestagung zum Thema "Wenn sich die Welt ver-rückt" beginnen, für deren Planung und Vorbereitung Cornelia Strickling und Petra Knispel verantwortlich sind.

Längst laufen aber schon die Planungen für die Jahrestagung 2010 auf "Hochtouren". Wir werden uns dann in Erkner bei Berlin wiedersehen und das Thema "Kreativ beraten – spielend lernen – Methodenvielfalt in der Beratung" bearbeiten. Vorbereitet wird die Tagung von Petra Heinze und Berend Groeneveld.

Viele einzelne engagierte Tätigkeiten jedes einzelnen Vorstandsmitgliedes machen erst die Summe der einzelnen Aktivitäten unseres Verbandes aus.

Jede Einzelne und jeder Einzelne hat hier Zeit investiert, hat persönliche Kompetenz eingesetzt und sich auch an neue Aufgabenfelder und Herausforderungen gewagt.

Unser Bericht resultiert also aus der Summe der Einzelnen, der Diskussion in der Gesamtheit und der Weiterentwicklung aller.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Tätigkeitsbericht für das Jahr 2008

1. Jahrestagung 2008

Die Jahrestagungen sind das zentrale Arbeitstreffen der Mitglieder der DAJEB und von an der Arbeit der DAJEB interessierten Gästen. Inhaltlich werden Querschnittsthemen der Beratung behandelt, d. h. Themen, die für Berater(innen), die in unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern und mit unterschiedlichen Zielgruppen arbeiten, von gemeinsamem aktuellem Interesse sind.

Die Jahrestagung 2008 fand vom 1. - 3. Mai in Bad Honnef statt und hatte das Thema "Vielfältige Lebenswelten – vielfältige Beratung".

Die Tagung wurde durch die Präsidentin, Renate Gamp, eröffnet.

Den fachlichen Teil eröffnete Dr. Jörg Maywald mit seinem Hauptreferat "Partnerschaft und Familienleben im 21. Jahrhundert".

Anschließend wurde das Thema in 8 Arbeitsgruppen vertieft bearbeitet:

- AG 1: "Zeige mir Dein Wohnzimmer und ich sage Dir, wohin Du gehörst" – Identität, Zugehörigkeit und Abgrenzungen im Lichte der Sinus-Milieu-Studie
Referent: Dr. Stefan Schumacher
Moderatorin: Cornelia Strickling, cand. psych.
Teilnehmerzahl: 13
- AG 2: "Das Cochemer Modell – Eine interdisziplinäre Arbeitsweise zur Deeskalation von Elternkonflikten bei Trennung und Scheidung"
Referent/in: Dipl.-Soz.-Päd. Christa Berenz
Klaus Fischer
Moderator: Dipl.-Psych. Berend Groeneveld
Teilnehmerzahl: 15
- AG 3: "Umsetzung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung in der Erziehungs- und Familienberatung"
Referent: Dr. Jörg Maywald
Moderatorin: Dipl.-Päd. Elisabeth Frake-Rothert
Teilnehmerzahl: 12
- AG 4: "Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch"
Referentin: Dr. Annette Tretzel
Moderatorin: Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller
Teilnehmerzahl: 17
- AG 5: "Interkulturelle Kompetenz in der psychosozialen Beratung"
Referent: Dipl.-Psych. Paul Friese
Moderator: Dipl.-Psych. Christoph Krämer
Teilnehmerzahl: 13

- AG 6: "Sag nie, ich bin zu alt dafür" – Sexual- und Partnerschaftsberatung im Alter
Referent: Dipl.-Päd. Robert Bolz
Moderator: Rolf Holtermann, Pfarrer
Teilnehmerzahl: 18
- AG 7: "Psychosoziale Beratung im Zusammenhang mit Pränataldiagnostik"
Referentin: Dr. Annette Tretzel
Moderatorin: Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller
Teilnehmerzahl: 9
- AG 8: "Aufsuchende Beratung – Zugeständnis an die Bequemlichkeit oder notwendig, geeignet und hilfreich?"
Referentin: Dr. Elke Nowotny
Moderatorin: Dipl. Staatsw. Petra Heinze
Teilnehmerzahl: 12

Planung / Vorbereitung: Cornelia Strickling und Cornelia Weller

Qualitätssicherung: durch formalisierte Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung gem. "Ablaufplanung Jahrestagung"

Qualitätskontrolle: Teilnehmerbefragung
mit spezifischem Erhebungsbogen (für Jahrestagungen)
Bewertung des Hauptreferates: 1,49
Bewertung der Arbeitsgruppen (Durchschnitt): 1,57

2. Mitgliederversammlung 2008

Die Mitgliederversammlung 2008 fand am 1. Mai in Bad Honnef statt.

a) Bericht des Vorstandes

Die Präsidentin Renate Gamp berichtete über die Arbeit des Vorstandes von Mai 2004 bis Mai 2008.

Vorab hatten alle Anwesenden die "Unterlagen zur Mitgliederversammlung 2008" mit dem Tätigkeitsbericht für das Jahr 2007, dem Jahresabschluss 2007, den Wirtschaftsplänen für die Jahre 2008 und 2009 und dem Rechnungsprüfungsbericht für das Jahr 2007 erhalten.

b) Aussprache

Zu dem Bericht der Präsidentin gab es keine Nachfragen. Anschließend nahm der Vorstand zu den vorab schriftlich eingereichten Fragen der Mitglieder Stellung.

c) Themenbezogene Gruppenarbeit

Neben den Formalia (Rechenschaftsbericht, Planung der zukünftigen Arbeit, Finanzen, Entlastung des Vorstandes) wird seit einigen Jahren im Rahmen der Mit-

gliederversammlung von den Mitgliedern auch inhaltlich in Untergruppen zu aktuellen Themen der Beratung gearbeitet.

Die Arbeit in Untergruppen hat mehrere Ziele:

- sie dient dem Erfahrungsaustausch der Mitglieder, die in Bundesländern mit sehr unterschiedlichen Rahmenbedingungen für die Beratung arbeiten;
- sie gibt Impulse, neue Themen und Methoden in die Beratungsarbeit einzubeziehen;
- sie dient damit der Qualitätsentwicklung und Standardisierung der Beratungsarbeit vor Ort und
- intensiviert die Zusammenarbeit zwischen Vorstand und Mitgliederbasis.

Aufgrund der Vorschläge der Mitglieder fanden 3 Untergruppen statt:

- Paarberatung bei häuslicher Gewalt;
- Veränderung von Beratungszielen, -motivation und -praxis;
- Umgang mit hochstrittigen Eltern in Umgangsfragen.

d) Jahresabschluss 2007

e) Haushalt 2008

f) Planung 2009

Der Geschäftsführer Dr. Florian Moeser-Jantke erläuterte den Jahresabschluss 2007, den Haushalt 2008 und die Planung 2009 unter Hinweis auf die zugesandten Unterlagen.

Die Mitgliederversammlung billigte einstimmig bei Enthaltung des Vorstands den Jahresabschluss 2007, den Haushalt 2008 und die Planung für 2009.

g) Rechnungsprüfungsbericht

Rosamaria Jell erläuterte den Rechnungsprüfungsbericht für das Jahr 2007.

h) Entlastung des Vorstandes

Der Vorstand wurde einstimmig bei 1 Enthaltung (Geschäftsführer) entlastet. Der Vorstand nahm an dieser Abstimmung nicht teil.

i) Wahlen des Vorstandes und der Rechnungsprüfer(innen)

Zur Präsidentin wurde Renate Gamp gewählt.

Zum Vizepräsidenten wurde Berend Groeneveld gewählt.

Als Beisitzer wurden gewählt: Patrick Friedl, Petra Heinze, Rolf Holtermann, Petra Thea Knispel, Cornelia Strickling, Cornelia Weller.

Als Rechnungsprüferinnen wurden Rosamaria Jell und Margarita Gansert gewählt.

3. Weiterbildungskurse zum Ehe-, Familien- und Lebensberater

Die Weiterbildung in Ehe-, Familien- und Lebensberatung ist bisher weder vom Bund noch den Ländern gesetzlich geregelt.

Im Interesse der ratsuchenden Klienten ist es aber erforderlich, dass Ehe-, Familien- und Lebensberater(innen) in allen Bundesländern eine Weiterbildung nach einheitlich hohen Qualitätsstandards absolviert haben.

Die DAJEB führt daher Weiterbildungskurse in Ehe-, Familien- und Lebensberatung durch, die zum Kernbereich der Arbeit im Rahmen der institutionellen Förderung gehören.

Die Weiterbildungskurse finden zentral in Nordrhein-Westfalen und Berlin statt mit Teilnehmer(inne)n aus allen Bundesländern.

Die Weiterbildung wird berufsbegleitend durchgeführt und richtet sich vor allem an Dipl.-Psychologen, Sozialpädagogen / Sozialarbeiter, Theologen und Ärzte.

Sie dauert 3 1/2 Jahre und besteht aus:

- Theoretischer Teil:
 - mindestens 300 Stunden Theorie;
 - mindestens 50 Stunden Praxisreflexion;
 - Anfertigung einer Literaturlarbeit;
- Praktischer Teil:
 - mindestens 150 Stunden eigene Beratungstätigkeit unter Anleitung bzw. Supervision in einer anerkannten Praktikumsstelle;
 - Anfertigung von 50 ausführlichen Stundenprotokollen;
 - Anfertigung von 3 Fallstudien (die dritte Fallstudie gilt als Abschlussarbeit);
 - mindestens 70 Stunden Gruppensupervision;
 - mindestens 10 Stunden Einzelsupervision;
- Zwischenprüfung
 - eine Klausurarbeit (Diskussion einer vorgegebenen Beratungssituation);
 - ein Lehrgespräch über die erworbenen theoretischen Grundkenntnisse;
- Abschlusskolloquium
 - die dritte Fallstudie als Abschlussarbeit;
 - ein Lehrgespräch über erworbene Kompetenz an Hand der Abschlussarbeit.

Der Zeitaufwand für den/die Teilnehmer/in beträgt insgesamt etwa 1.250 Stunden.

Im Berichtsjahr fanden statt:

a) 11. Blockkurs

Leitung:	Dipl.-Psych. Berend Groeneveld
Mentoren/	Dr. Dieter Graessner
Supervisoren:	Dipl.-Psych. Berend Groeneveld Dipl.-Soz.-Päd. Ulrike Heckel Dr. Stefan Schumacher
Teilnehmerzahl:	32
Abschluss:	September 2011
Qualitätssicherung:	durch formalisierte Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung gem. "Ablaufplanung Blockkurse"
Qualitätskontrolle:	Teilnehmerbefragung mit spezifischem Erhebungsbogen (für Weiterbildungskurse) nach der Zwischenprüfung und dem Abschlusskolloquium.

b) 16. Weiterbildungskurs

Leitung:	Dipl.-Psych. Christoph Krämer Dipl.-Staatsw. Petra Heinze (Organisationsleitung)
Mentor(inn)en:	Dipl.-Päd. Elisabeth Frake-Rothert Dipl.-Psych. Christoph Krämer Dipl.-Psych. Dr. Elke Nowotny
Supervisor(inn)en:	Dipl.-Staatsw. Petra Heinze Dipl.-Soz.-Arb. Sigrid Karrasch Dipl.-Soz.-Päd. Alfred Meissner Dipl.-Soz.-Päd. Ute Preis
Teilnehmerzahl:	26
Abschluss:	13.09.2008
Qualitätssicherung:	durch formalisierte Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung gem. "Ablaufplanung Weiterbildungskurse"
Qualitätskontrolle:	Teilnehmerbefragung mit spezifischem Erhebungsbogen (für Weiterbildungskurse) nach der Zwischenprüfung und dem Abschlusskolloquium. Bewertung insgesamt nach der Zwischenprüfung im September 2008: 1,40

c) 50. Weiterbildungskurs

Im Berichtsjahr liefen die Vorbereitungen für den 50. Weiterbildungskurs unter der Leitung von Petra Heinze.

Leitung:	Dipl.-Staatsw. Petra Heinze (Organisationsleitung)
----------	--

Mentor(inn)en:	Dipl.-Psych. Anke Culemann Dipl.-Psych. Kurt Pelzer Dipl.-Päd. Pfarrer Ingo Stein
Supervisor(inn)en:	Dipl.-Soz.-Päd. Christina Dishur Dipl.-Staatsw. Petra Heinze Dipl.-Psych. Ute Maischein Dipl.-Päd. Pfarrer Ingo Stein
Teilnehmerzahl:	32
Beginn:	3.7.2009
Abschluss:	20.11.2012
Qualitätssicherung:	durch formalisierte Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung gem. "Ablaufplanung Weiterbildungskurse"
Qualitätskontrolle:	Teilnehmerbefragung mit spezifischem Erhebungsbogen (für Weiterbildungskurse) nach der Zwischenprüfung und dem Abschlusskolloquium.

4. Zusatzqualifikation "Grundlagen der Erziehungsberatung für Ehe-, Familien- und Lebensberater(innen)"

Ehe-, Familien- und Lebensberatung einerseits und Beratung für Kinder, Jugendliche und Eltern (die frühere "Erziehungsberatung") andererseits wird von vielen Trägern immer noch voneinander getrennt in speziellen Beratungsstellen angeboten.

Demgegenüber favorisiert die DAJEB im Sinn einer familienbezogenen Beratung einen integrierten Ansatz, der alle Lebensalter mit einbezieht.

Dies heißt für die Praxis, dass Familienberatungsstellen in den Bereichen

- Ehe-, Familien- und Lebensberatung,
 - Beratung für Kinder, Jugendliche und Eltern und
 - Schwangerenberatung
- arbeiten.

Für die Weiterbildung der Berater(innen) heißt dies, dass sie neben einer Weiterbildung in Ehe-, Familien- und Lebensberatung auch über Grundkenntnisse in Erziehungsberatung verfügen müssen (und umgekehrt, dass Erziehungsberater(innen) auch über Grundkenntnisse in Ehe-, Familien- und Lebensberatung verfügen müssen).

Um dieser Anforderung gerecht zu werden, bietet die DAJEB die Fortbildungsreihe "Grundlagen der Erziehungsberatung für Ehe-, Familien- und Lebensberater(innen)" an mit dem Ziel des Erwerbs zusätzlicher Kompetenz von Beratung von Familien bei Erziehungsproblemen.

Als übergreifende Methode kommt das 3-Säulenmodell zur Anwendung: Wissensvermittlung – Methodenzentrierte Selbsterfahrung – Transfer in die Berufspraxis. Jeder der 5 Teile umfasst 20 Stunden. Es können einzelne Teile der Zusatzqualifikation oder alle fünf Teile belegt werden.

Ehe-, Familien- und Lebensberater(innen), die alle fünf Teile belegt haben, können an einem Praktikum teilnehmen; dieses besteht aus:

- mindestens 40 selbstständig durchgeführten Beratungsstunden,
- in denen mindestens 6 Fälle durchgängig zu bearbeiten sind,
- mindestens 30 Beratungsstundenprotokolle,
- 1 Falldarstellung,
- 10 zweistündige Gruppensupervisionssitzungen,
- 10 einstündige Einzelsupervisionen.

Sie erhalten nach erfolgreicher Abschlussprüfung ein Zertifikat "Ehe-, Familien-, Lebens- und Erziehungsberater(in) (DAJEB)".

a) Teil 3: "Entwicklungspsychologie des Kindes – alterstypische Störungsbilder – Indikationen mit Behandlungsansätzen"

Termin: 25. - 27. Januar 2008
Ort: Hannover
Referent: Dipl.-Psych. Martina Gartner
Teilnehmerzahl: 21

b) Teil 4: "Entwicklungspsychologie des Jugendlichen – alterstypische Störungsbilder – Indikationen mit Behandlungsansätzen"

Termin: 28. - 30. März 2008
Ort: Hannover
Referent: Dipl.-Psych. Martina Gartner
Teilnehmerzahl: 22

c) Teil 5: "Kind als Symptomträger elterlicher Beziehungskonflikte – systemischer Ansatz"

Termin: 23. - 25. Mai 2008
Ort: Hannover
Referent: Dipl.-Psych. Kurt Pelzer
Teilnehmerzahl: 22

d) Praktikum

Teilnehmerzahl: 5
Abschlusskolloquium: 26. Mai 2008
Leitung: Petra Heinze, Ehe- Familien- und Lebensberaterin, Supervisorin (DGSv)
Qualitätssicherung: durch formalisierte Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung gem. "Ablaufplanung Fortbildungsreihen"

Qualitätskontrolle:	Teilnehmerbefragung mit spezifischem Erhebungsbogen (für Fortbildungen)
	Bewertung Teil 3: 1,0
	Bewertung Teil 4: 1,2
	Bewertung Teil 5: 1,4

5. Fortbildungen

Ehe-, Familien- und Lebensberater(innen) sind zur regelmäßigen Fortbildung verpflichtet.

Auf dem Fortbildungs"markt" gibt es ein breites Angebot von Veranstaltungen, die auch für Berater(innen) geeignet sind; die DAJEB bietet daher nur Fortbildungen

- zu aktuellen Problemen in der Ehe-, Familien- und Lebensberatung und
- über Therapieformen, die Ehe-, Familien- und Lebensberatung sinnvoll ergänzen.

Aufgrund der angespannten Haushaltslage konnten im Jahr 2008 keine Fortbildungen durchgeführt werden.

6. Veröffentlichungen

Das Informationsrundsreiben hat zwei Funktionen: es ist:

- Mitgliederzeitschrift und
- Fachzeitschrift für Ehe-, Familien und Lebensberatung.

Im Berichtsjahr erschienen:

- a) Informationsrundsreiben Nr. 216
 "Konzepte gegen Gewalt"
 (Schwerpunkte: postpartale psychische Störungen, Psychotraumatologie, Stalking, Anti-Gewalt-Programm)
 März 2008, 92 Seiten, Auflage: 1.200 Expl.
- b) Informationsrundsreiben Nr. 217
 "Vielfältige Lebenswelten – vielfältige Beratung"
 (Schwerpunkt: Jahrestagung 2008)
 Oktober 2008, 96 Seiten, Auflage 1.000 Expl.

Verantwortlicher Redakteur: Rolf Holtermann

7. Öffentlichkeitsarbeit

Im Berichtsjahr verzeichnete die Homepage der DAJEB (www.dajeb.de) 167.559 Besuche (Tagesdurchschnitt ca. 459 Besuche; dies ist eine Steigerung von 9 % gegenüber dem Vorjahr).

8. Mitarbeit in Organisationen und Gremien

a) Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF)

Der DAKJEF ist das einzige Kooperationsgremium für die Institutionelle Familienberatung; in ihm sind vertreten:

- die DAJEB,
- die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung,
- die Evangelische Konferenz für Familien- und Lebensberatung,
- die Katholische Bundesarbeitsgemeinschaft für Beratung und
- die Pro Familia.

Da es bisher auf Bundesebene kaum gesetzliche Regelungen für die Familienberatung gibt und auf Länderebene hauptsächlich nur Förderrichtlinien für Beratungsstellen existieren, ist der DAKJEF ein unverzichtbares Gremium vor allem für die Erarbeitung von verbindlichen Standards und Empfehlungen für:

- die Weiterbildung;
- die Arbeit der Beratungsstellen;
- die Arbeit der Berater(innen) (neue Formen und Zielgruppen der Beratung);
- Ethische Richtlinien für Berater(innen).

Der Schwerpunkt der Arbeit lag im Berichtsjahr bei den Themen:

- Erarbeitung "Fachlicher Empfehlungen für eine migrationssensible institutionelle Beratung"
- Zukunftswerkstatt "Welche Gefährdungen und Herausforderungen drohen der institutionellen Beratung?"
- Qualitätsstandards für Online-Beratung

Im Berichtsjahr fanden folgende Sitzungen statt:

aa) Zentrale Arbeitstagen

Anzahl:	2
Datum:	6./7. März und 25./26. September 2008
Ort:	Frankfurt
Vertreter(innen):	Dipl.-Psych. Renate Gamp, Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller, Dr. Florian Moeser-Jantke

bb) Geschäftsführer(innen)sitzungen

Anzahl:	3
Datum:	17. Januar, 7. März und 26. September 2008
Ort:	Frankfurt
Vertreter:	Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller, Dr. Florian Moeser-Jantke

b) Deutsche Gesellschaft für Beratung e. V. (DGfB)

Die DGfB wurde im Jahr 2004 gegründet.

Schwerpunkte der Arbeit sind z. Zt.: Vergleich der unterschiedlichen Weiterbildungsgänge und die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Weiterbildung und Beratungsarbeit.

In der DGfB sind z. Zt. 32 Organisationen, die auf dem Feld der Beratung bundesweit tätig sind, Mitglied.

Die meisten Mitglieder gehören nicht zur institutionellen Beratung; es sind vielmehr

- Verbände, die bestimmte Schulrichtungen innerhalb des Feldes der Beratung und Therapie vertreten,
- Berufsverbände,
- Fachverbände sowie
- Hochschulen.

Freiberuflich Tätige bilden einen erheblichen Anteil der Mitglieder in den 32 Mitgliedsorganisationen der DGfB.

Es ist davon auszugehen, dass die DGfB in Deutschland auf dem Feld der psychologischen Beratung – nicht nur der institutionellen – in Zukunft eine bedeutende Rolle spielen wird.

Der Vorstand der DAJEB hat daher schon im Vorfeld der Gründung der DGfB beschlossen, in ihr aktiv und intensiv mitzuarbeiten. Ziel ist dabei, dass die hohen Standards, die die institutionelle Beratung in der Weiterbildung und Beratungsarbeit inzwischen erreicht hat, bewahrt bleiben und möglichst weitgehend auch von der DGfB übernommen werden.

Im Berichtsjahr arbeitete die DAJEB in folgenden Gremien mit:

aa) Mitgliederversammlung

Anzahl:	1
Datum:	20. November 2008
Ort:	Frankfurt
Vertreter:	Dr. Florian Moeser-Jantke

bb) Vorstandssitzungen / -klausuren

Anzahl:	4
Datum:	1. Februar, 21. Mai, 17. September und 23. November 2007
Ort:	Frankfurt
Vertreter:	Dr. Florian Moeser-Jantke

cc) Arbeitsgruppe "Standards"

(Entwicklung von Standards für die Beratung)

Anzahl: 2

Datum: 25. Februar und 23. Juni 2008

Ort: Berlin

Vertreter: Dipl.-Psych. Berend Groeneveld

dd) Arbeitsgruppe "Synopsis"

(Vergleich der zahlreichen Weiterbildungsgänge der Mitgliedsorganisationen der DGfB)

Anzahl: 1

Datum: 25. Februar 2008

Ort: Berlin

Vertreter: Dr. Florian Moeser-Jantke

ee) Arbeitsgruppe "Information für Ratsuchende"

(unter dem Aspekt des Verbraucherschutzes)

Anzahl: 1

Vertreter: Dipl.-Psych. Berend Groeneveld

c) Mitgliedschaft in weiteren Organisationen

aa) Internationale Kommission für Partnerschafts- und Familienbeziehungen (ICCFR) der Weltfamilienorganisation (WFO)

Anzahl: 1

Thema: 55. Internationale Konferenz des ICCFR zum Thema: "Erfolgreiche Ehen und Beziehungen: Traum oder Realität?"

Datum: 10. - 13. Juni 2008

Ort: Helsinki

Vertreterin: Dipl.-Soz.-Päd. Petra Knispel

bb) Arbeitskreis Familienhilfe des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes

Vertreterin: Dipl.-Soz.-Päd. Petra Knispel

cc) Bundesforum Familie

Vertreterin: Dipl.-Soz.-Päd. Petra Knispel

dd) Landesarbeitskreis für Ehe-, Partnerschafts-, Familien- und Lebensberatung in Bayern (LAK)

Vertreter: Dr. Florian Moeser-Jantke

9. Projektförderung

Durch die institutionelle Förderung der DAJEB werden insbesondere die Jahrestagung (s. 1.), die Mitgliederversammlung (s. 2.), die Weiterbildungskurse (s. 3.), ein Teil der Fortbildungen (s. 4. und 5.), ein Teil der Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit (s. 6. und 7.), die Mitarbeit in Organisationen und Gremien (s. 8.) und die Arbeit des Vorstandes und der Geschäftsstelle (s. 10) finanziert.

Zusätzlich zu dieser institutionellen Förderung wurden im Berichtsjahr folgende Projekte der DAJEB gefördert, die finanziell so umfangreich waren, dass sie nicht aus dem laufenden institutionellen Haushalt finanziert werden konnten.

a) Fortbildungsreihe "Gesprächsführung als Grundlage helfender Beratung für Mitarbeiter(innen) in der familienbezogenen Beratung mit dem Schwerpunkt Beratung Schwangerer"

Die Fortbildungsreihe richtet sich an Mitarbeiter(innen) in Familienberatungsstellen, insbesondere in den neuen Bundesländern. Zahlreiche dieser Mitarbeiter(innen) haben zwar ein einschlägiges (Fach-)Hochschulstudium absolviert, verfügen aber nicht über ein ausreichendes Instrumentarium an Methoden der Gesprächsführung als Voraussetzung helfender Beratung.

Dennoch ist es im Interesse der ratsuchenden Klient(inn)en erforderlich, dass alle Mitarbeiter(innen) in den Familienberatungsstellen über fundierte Grundlagen in Gesprächsführung verfügen. Dabei muss gewährleistet sein, dass die Berater(innen) bundesweit nach einem einheitlichen Standard ausgebildet sind, denn nur so kann sichergestellt werden, dass ein(e) Klient(in) z. B. in einer kleinen Beratungsstelle im Allgäu die gleiche Qualität von Beratung vorfindet wie z. B. in einem großen Beratungszentrum in Berlin.

Die vorgesehene Fortbildungsreihe vermittelt den Teilnehmer(inne)n in einem überschaubaren Zeitraum (ca. 1 Jahr) und mit relativ wenigen Veranstaltungen (8 Wochenenden) die notwendigen Kompetenzen in Gesprächsführung. Da die Fortbildungsreihe zeitlich nicht aufwändig ist, haben in der Vergangenheit auch zahlreiche Träger die Teilnahme ihrer Mitarbeiter(innen) unterstützt. Spezifischer Schwerpunkt war im Berichtsjahr das Thema "Gesprächsführung in der Schwangerenberatung".

Die Fortbildungsreihe fand in Chorin (bei Berlin) statt.

Teil 1: "Grundlagen der Gesprächsführung in der psychologischen Beratung"

Termin: 14. - 16. März 2008
Referent: Dr. Stefan Schumacher
Teilnehmer(innen): 16

- Teil 2: "Das einmalige Beratungsgespräch in der Schwangerschaftskonfliktberatung – Soziale Hilfen Teil 1"**
Termin: 18. - 20. April 2008
Referent(inn)en: Dipl.-Soz.-Päd. Jörg Eberhardt
Dipl.-Soz.-Päd. Jürgen Kroggel
Dipl.-Soz.-Päd. Anette Steffen
Teilnehmer(innen): 25
- Teil 3: "Grundlagen der Krisenintervention – Soziale Hilfen Teil 2"**
Termin: 20. - 22. Juni 2008
Referent(inn)en: Dipl.-Soz.-Päd. Jürgen Kroggel
Dipl.-Soz.-Päd. Ute Preis
Dr. Stefan Schumacher
Teilnehmer(innen): 23
- Teil 4: "Gesprächsführung mit Paaren – Soziale Hilfen Teil 3"**
Termin: 29. - 31. August 2008
Referent(inn)en: Dipl.-Soz.-Päd. Jörg Eberhardt
Dipl.-Päd. Elisabeth Frake-Rothert
Dipl.-Soz.-Päd. Anette Steffen
Teilnehmer(innen): 23
- Teil 5: "Gesprächsführung mit Minderjährigen und Eltern in der Krise – Soziale Hilfen Teil 4"**
Termin: 26. - 28. September 2008
Referent(inn)en: Dipl.-Psych. Christoph Krämer
Dr. Elke Nowotny
Dipl.-Soz.-Päd. Anette Steffen
Teilnehmer(innen): 23
- Teil 6: "Gesprächsführung in der Sexualberatung – Soziale Hilfen Teil 5"**
Termin: 31. Oktober - 2. November 2008
Referent(inn)en: Dipl.-Soz.-Päd. Jörg Eberhardt
Dipl.-Soz.-Päd. Barbara Liehr
Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller
Teilnehmer(innen): 21
- Teil 7: "Gesprächsführung mit "Kinderwunschpaaren" und Müttern, die ihr Kind zur Adoption geben"**
Termin: 5. - 7. Dezember 2008
Referent(inn)en: Dipl.-Soz.-Päd. Gerlinde Brycki
Dipl.-Psych. Dr. Wieland Knobbe
Teilnehmer(innen): 21

Teil 8: (Gesprächsführung bei der Thematik Abschied, Trauer und Tod – Pränatale Diagnostik)) findet Anfang Januar 2009 statt.

Leitung:	Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller
Qualitätssicherung:	durch formalisierte Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung gem. "Ablaufplanung Fortbildungsreihen"
Qualitätskontrolle:	Teilnehmerbefragung mit spezifischem Erhebungsbogen (für Fortbildungen) Bewertung insgesamt: 1,84

b) Beratungsführer

Der "Beratungsführer" ist das einzige Verzeichnis sämtlicher (z. Zt. ca. 12.000) ambulanter psychosozialer Beratungsstellen in Deutschland.

In ihm sind vor allem erfasst:

- Ehe- Familien und Lebensberatungsstellen,
- AIDS-Beratungsstellen,
- Beratungsstellen für Eltern, Kinder und Jugendliche,
- Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen,
- Suchtberatungsstellen.

Die Gesamtauflage von 1987 - 2008 beträgt 229.300 Expl.

aa) Beratungsführer Ausgabe "Nord"

Anfang 2006 erschien der Beratungsführer Nord für die Bundesländer Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Berlin, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein.

Die Ausgabe Nord wird weiter stark nachgefragt.

Beratungsstellen:	5.643
Seitenumfang:	640 Seiten
Auflage:	13.200 Exemplare
Qualitätssicherung:	Äußerst positive schriftliche und telefonische Rückmeldungen von Bestellern und Lesern.

bb) Beratungsführer Ausgabe "Süd"

Im Frühjahr 2008 erschien der Beratungsführer "Süd" für die Länder Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Beratungsstellen:	6.030
Seitenumfang:	712 Seiten

Auflage: 10.900 Exemplare
Qualitätssicherung: Die erhaltenen Daten wurden in mehreren unterschiedlichen Kontrollläufen überprüft, um einen "harten" Datenbestand zu erhalten.

c) Beratungsführer "Fortschreibung"

Im Rahmen dieses Projekts wird der Datenbestand des Beratungsführers kontinuierlich aktualisiert.

Auch im Jahr 2008 wurde der Datenbestand dem BMFSFJ und vom Bund geförderten Verbänden vor allem für den Versand von Informationsmaterialien zur Verfügung gestellt.

Qualitätssicherung: Änderungen, Neuaufnahmen bzw. Löschungen von Beratungsstellen, die der Geschäftsstelle mitgeteilt werden, werden
- nach Überprüfung
- i. d. R. innerhalb von 14 Tagen
in der Datenbank vorgenommen.

d) "Beratungsführer online"

Der gesamte Datenbestand des Beratungsführers (z. Zt. ca. 12.000 Beratungsstellen) kann auch über die Homepage der DAJEB abgerufen werden.

Die Suchanfrage kann
- örtlich nach Postleitzahlbereichen oder Orten und
- nach Beratungsschwerpunkten
durchgeführt werden.

Bei den durch die Suchanfrage gefundenen Beratungsstellen kann auch ein Lageplan abgerufen werden.

Im Rahmen des Projekts "Fortschreibung des Beratungsführers" (s. 9. c)) wird der abrufbare Datenbestand ca. alle 3 Wochen komplett aktualisiert.

e) "Eltern bleiben Eltern"

Die Broschüre wurde weiter stark nachgefragt, so dass im Berichtsjahr die 15. Auflage mit 126.000 Exemplaren gedruckt wurde.

Umfang: 40 Seiten
Gesamtauflage seit 1989: 2.411.000 Exemplare
Qualitätskontrolle: Äußerst positive schriftliche und telefonische Rückmeldungen von Bestellern und Lesern.

f) "Beratung hilft besser leben"

Die Broschüre wurde weiter stark nachgefragt, so dass im Berichtsjahr die 9. Auflage mit 40.000 Exemplaren gedruckt wurde.

Umfang: 36 Seiten

Gesamtauflage seit 1999: 551.000 Exemplare

Qualitätskontrolle: Sehr positive schriftliche und telefonische Rückmeldungen von Bestellern und Lesern.

10. Der Vorstand

a) **Vorstandsmitglieder bis 30. April 2008**, nach Funktionen:

- Präsidentin: Dipl.-Psych. Renate Gamp, Kiel
- Vizepräsident: Dipl.-Psych. Berend Groeneveld, Bad Salzuflen
- Beisitzer(innen): Dipl.-Päd. Elisabeth Frake-Rothert, Eppstein
Dipl.-Staatsw. Petra Heinze, Rathenow
Rolf Holtermann, Pfarrer, Kleve
Dipl.-Soz.-Päd. Petra Thea Knispel, Berlin
Dipl.-Psych. Christoph Krämer, Berlin
Cornelia Strickling, cand. psych., Cloppenburg
Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller, Leipzig
- (Geschäftsführer: Dr. Florian Moeser-Jantke, München)

b) **Vorstandsmitglieder bis 30. April 2008**, Zuständigkeit für Regionen:

- Baden-Württemberg/
Hessen/Rheinland-
Pfalz/Saarland: Dipl.-Päd. Elisabeth Frake-Rothert
- Bayern: Dr. Florian Moeser-Jantke
- Berlin: Dipl.-Soz.-Päd. Petra Thea Knispel
- Mecklenburg-Vor-
pommern/Branden-
burg: Dipl.-Staatsw. Petra Heinze
- Bremen/Hamburg/
Niedersachsen/
Schleswig-Holstein: Cornelia Strickling, cand. psych.
- Nordrhein-Westfalen: Dipl.-Psych. Berend Groeneveld
- Sachsen/Sachsen-
Anhalt/Thüringen: Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller

c) Vorstandsmitglieder ab 1. Mai 2008, nach Funktionen:

- Präsidentin: Dipl.-Psych. Renate Gamp, Kiel
- Vizepräsident: Dipl.-Psych. Berend Groeneveld, Bad Salzufflen
- Beisitzer(innen): Patrick Friedl, wiss. Mitarbeiter, Würzburg
Dipl.-Staatsw. Petra Heinze, Rathenow
Rolf Holtermann, Pfarrer, Kleve
Dipl.-Soz.-Päd. Petra Thea Knispel, Berlin
Cornelia Strickling, cand. psych., Cloppenburg
Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller, Leipzig
- (Geschäftsführer: Dr. Florian Moeser-Jantke, München)

d) Vorstandsmitglieder ab 1. Mai 2008, Zuständigkeit für Regionen:

- Baden-Württemberg/
Bayern/Hessen/Rhein-
land-Pfalz/Saarland: Patrick Friedl, wiss. Mitarbeiter
- Berlin: Dipl.-Soz.-Päd. Petra Thea Knispel
- Mecklenburg-Vor-
pommern/Branden-
burg: Dipl.-Staatsw. Petra Heinze
- Bremen/Hamburg/
Niedersachsen/
Schleswig-Holstein: Cornelia Strickling, cand. psych.
- Nordrhein-Westfalen: Dipl.-Psych. Berend Groeneveld
- Sachsen/Sachsen-
Anhalt/Thüringen: Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller

e) Vorstandssitzungen

fanden am 1. März in Hannover, am 1. und 3. Mai in Bad Honnef und am 15./16. November 2008 in Hannover statt.

f) Themenschwerpunkte der Vorstandssitzungen

- Mitgliederversammlungen und Jahrestagungen (Jahrestagung und Mitgliederversammlung 2008, Planung Jahrestagung und Mitgliederversammlung 2009, Vorüberlegungen Jahrestagung 2010);
- Weiterbildungskurse;
- Fortbildungsveranstaltungen und -reihen;
- Publikationen;
- Öffentlichkeitsarbeit;

- Zusammenarbeit mit anderen Verbänden, Institutionen (insbesondere: DAKJEF, Deutsche Gesellschaft für Beratung);
- Finanzen (Jahresabschluss 2007, Rechnungsprüfung für das Jahr 2007, Fortschreibung Haushalt 2008, Wirtschaftsplan 2009, Voranschlag Wirtschaftsplan 2010, Mittelfristige Finanzplanung - 2011);
- Europa;
- Projekte (laufende Projekte, Projektplanung).

g) Gremien des Vorstandes

aa) Ausschuss Fort- und Weiterbildung

- Aufgaben:**
- Auswertung der laufenden Weiterbildungskurse, Fortbildungen und Fortbildungsreihen;
 - Fortschreibung der Curricula der Weiterbildungskurse und Fortbildungsreihen;
 - Planung der Weiterbildungskurse und Fortbildungen.
- Veröffentlichung:** Am 22. September 2008 wurden die "Ethischen Richtlinien für die Bildungsmaßnahmen der DAJEB" veröffentlicht.
- Mitglieder:**
bis 30.4.2008 Dipl.-Psych. Berend Groeneveld (Vorsitz), Dipl.-Päd. Elisabeth Frake-Rothert, Dipl.-Staatsw. Petra Heinze, Dipl.-Psych. Christoph Krämer, Cornelia Strickling, cand. psych., Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller, Dr. Florian Moeser-Jantke
- Mitglieder:**
ab 1.5.2008 Dipl.-Psych. Berend Groeneveld (Vorsitz), Dipl.-Staatsw. Petra Heinze, Cornelia Strickling, cand. psych., Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller, Dr. Florian Moeser-Jantke
- Termine:** 29. Februar, 30. April und 14. November 2008

bb) Redaktionsausschuss

- Aufgaben:** Unterstützung des verantwortlichen Redakteurs bei der mittel- und langfristigen Planung der Informationsrundschreiben.
- Mitglieder:**
bis 30.4.2008 Rolf Holtermann, Pfarrer (Vorsitz), Dipl.-Päd. Elisabeth Frake-Rothert, Dipl.-Psych. Berend Groeneveld, Cornelia Strickling, cand. psych.
- Mitglieder:**
ab 1.5.2008 Rolf Holtermann, Pfarrer (Vorsitz), Dipl.-Psych. Berend Groeneveld, Dipl.-Soz.-Päd. Petra Thea Knispel, Cornelia Strickling, cand. psych.
- Termine:** 29. Februar, 14. November 2008

cc) **Ausschuss Kompetenzen**

Aufgaben: Überprüfung der Weiterbildungscurricula im Hinblick auf die von den Teilnehmer(inne)n zu erwerbenden Kompetenzen

Mitglieder: Cornelia Strickling, cand. psych. (Vorsitz), Dipl.-Psych. Berend Groeneveld, Dipl.-Staatsw. Petra Heinze, Dipl.-Soz.-Päd. Petra Thea Knispel, Dipl.-Soz.-Päd. Cornelia Weller

Termine: 29. Februar, 14. November 2008

h) **Migrationsbeauftragter**

Beauftragter: Patrick Friedl, wiss. Mitarbeiter

Aufgaben: - Beobachtung der fachpolitischen Diskussion;
- Beobachtung der politischen Diskussion

i) **Europabeauftragte**

Beauftragte: Dipl.-Psych. Renate Gamp

Aufgaben: Beobachtung der sozialpolitischen Diskussion und Entwicklung

j) **Qualitätssicherung der Vorstandsarbeit**

Traditionsgemäß wurde auf der Herbstsitzung des Vorstandes grundsätzlich über dessen Arbeit und die Perspektiven für die DAJEB unter folgenden Aspekten diskutiert:

- Was wurde im Jahr 2008 erreicht?
- Was wurde im Jahr 2008 versäumt?
- Welche Aufgaben sind in den Jahren 2009 ff. vorrangig?
- Welche außerverbandlichen Entwicklungen sind für die zukünftige Verbandsarbeit zu beachten?

11. **Rechnungsprüferinnen:**

bis 30.4.2008: M. A. phil. Rosamaria Jell, Dipl.-Soz. Alexandra Obogeanu

ab 1.5.2008: Margarita Gansert und Rosamaria Jell

12. BMFSFJ und andere Bundesbehörden

Am 8. Mai 2008 nahm der Geschäftsführer an einem Kooperationsgespräch mit den Vertreter(inne)n der bundeszentralen Träger der Familienbildung und Familienberatung in Berlin teil. Schwerpunkte waren:

- Umsetzung der Zielvereinbarung 2007 / 2008;
- Bündnisinitiative "Verantwortung Erziehung";
- Projekt "Werteerziehung in Familien (DRK);
- Aktivitäten des BMFSFJ in der Deutschen Islamkonferenz und das Projekt "Muslimische Familien wirksam erreichen" (BMFSFJ);
- Portal Familienwegweiser / Erziehung (BMFSFJ);
- "Evaluation der BMFSFJ-Programme zur Förderung der Familienbildung und Familienberatung" (BMFSFJ);
- Fortschreibung der Kooperationsvereinbarung 2007 / 2008.

Am 29. April 2008 nahm der Geschäftsführer an dem Workshop "Wie erreicht Familienbildung und -beratung muslimische Familien?" des DJJ teil.

Die Zusammenarbeit mit dem

- BMFSFJ, insbesondere Ref. 206,
- dem Bundesverwaltungsamt und
- dem Bundesamt für zentrale Dienste

lief im Berichtsjahr sehr kooperativ und produktiv.

Rezensionen

Roland Kachler

Wie ist das mit ... der Trauer

mit farbigen Bildern von Sandra Reckers, 140 S.

Gabriel Verlag, Stuttgart 2007 (ISBN 978-3-52230-116-9)

In meiner Tätigkeit als Krankenhauspfarrerin erlebe ich das immer wieder: Da stirbt eine Großmutter oder Großvater oder gar ein Elternteil und die Erwachsenen fragen ratlos: Was machen wir mit den Kindern? Was sagen wir ihnen? Wie sagen wir es ihnen? Nicht selten neigen die großen Leute, beschäftigt mit ihrer eigenen Trauer und ihren eigenen Fragen, dazu, die kleinen Leute zu verschonen und sie von all den schmerzlichen Vorgängen fernzuhalten. Dies aber bedeutet auch, sie auszuschließen und sie mit ihren eigenen Empfindungen sich selbst zu überlassen.

Mit seinem neuen Kinderbuch gibt Roland Kachler – vielen bekannt durch sein 2005 im Kreuzverlag erschienenes Trauerbuch für Erwachsene *Meine Trauer wird dich finden* – Unterstützung und hilfreiche Anregungen für Kinder, die von Trauer betroffen sind. Der Pfarrer, Psychotherapeut und Leiter der Psychologischen Beratungsstelle des Evangelischen Kirchenbezirks Esslingen erzählt in verschiedenen Geschichten, wie es Kindern in der Trauer geht und was ihnen hilft, mit dieser Trauer zu leben. Die einzelnen Geschichten beinhalten unterschiedliche Situationen (Tod der Großeltern, naher Verwandten bis hin zum Tod eines Elternteils oder Geschwisters) und führen die kleinen Leserinnen und Leser behutsam an das heran, was in der Trauer geschieht, an die aufbrechenden, oft so widersprüchlichen Gefühle.

Darüber hinaus informieren die Geschichten über viele Fragen, die Kinder bei einem Todesfall bewegen: Was ist ein Leichnam? Wie stellen sich Menschen den Tod vor? Warum trägt man Schwarz? Was geschieht bei der Beerdigung? Wie verhält man sich am Sarg? Wo sind die Verstorbenen? und vieles mehr. Optisch sind die Fragen durch eingefügte Infoblöcke gekennzeichnet und als solche auch eine gute Hilfe für Eltern, Angehörige und andere begleitende Personen, wenn ihnen die Antwort auf die Kinderfragen schwer fällt (vgl. dazu auch das Register und das "Wort für die Erwachsenen", S. 131). Wichtig sind auch die ganz konkreten Anregungen des Autors, wie die Kinder mit ihrer Trauer umgehen können, was sie tun können, um sich an den geliebten Menschen zu erinnern.

Die Stärke des Buches liegt zum einen darin, dass schwere, schmerzliche Fragen einfühlsam und unmissverständlich zugleich besprochen werden und nichts beschönigt wird (z. B. "Wenn der Sarg ins Grab sinkt", S. 55). Zum andern eröffnet das Buch trauernden Kindern einen Freiraum, ihre Trauer so zu leben, wie sie es möchten und brauchen. Es wird keinerlei Norm erhoben, vielmehr gibt es "Zehn

'Erlaubnisse' für Kinder, die trauern" (von "Du darfst so traurig sein, wie dir zumute ist" bis "Du darfst auch wieder lachen, wenn dir danach ist", S. 89 und 91).

Es ist zuerst ein hilfreiches Buch für Kinder (ab ca. 8 Jahren), die von einem Trauerfall betroffen sind, und für alle, die sie dabei begleiten. Zu wünschen wäre es, dass dieses Buch auch bei Pädagoginnen und Pädagogen und in Familien, die nicht unmittelbar betroffen sind, Beachtung findet. Wenn man bedenkt, was Kinder heute schon im frühen Alter lernen sollen, ist zu fragen, ob sie nicht auch verstärkt auf Lebensthemen vorbereitet werden können wie die, dass Menschen sterben, dass es Abschied, Tod und Trauer gibt. Nicht zuletzt ist dieses Buch wie jedes gute Kinderbuch eine Lektüre, die auch den Erwachsenen selbst etwas geben kann.

Pfarrerin Gertraude Kühnle-Hahn, Anne-Frank-Weg 21, 73207 Plochingen
kuehnle-hahn@web.de

Übernahme aus Deutsches Pfarrerblatt Nr. 2/2009

Ina M. König

Die Liebe hört niemals auf – Verbundensein über den Tod hinaus

Patmos Verlag, Düsseldorf 2009 (ISBN 978-3-491-40145-7)

Ein gutes Buch zeichnet sich dadurch aus, dass man es mehrmals mit jeweils neuem Gewinn lesen kann. Das Buch von Ina M. König gehört dazu! Es ist für trauernde Menschen und für Menschen geschrieben, die andere in deren Trauer begleiten.

Das Märchen von Aschenputtel als mitlaufende und ausgelegte Erzählung nimmt die Leserschaft an die Hand, den Weg nach dem Verlust des geliebten Menschen – Aschenputtels Mutter – mitzugehen und diesem roten Faden zu folgen – wieder zurück ins Lebensschloss.

Der Leser und die Leserin begreifen, dass das je eigene Durchschreiten einer vollkommen unbekanntes tiefen und weiten Landschaft nötig wird. Auf sehr einfühlsame Weise leuchtet die Autorin diese Landschaft aus und macht Mut, sich darin so lange aufzuhalten, bis dieser Ort vertrauter wird und neues Vertrauen wächst, mit diesen Erfahrungen das eigene Leben zu gestalten.

Der Tod naher Menschen versetzt die Betroffenen in ein Dickicht von Gefühlen. Ina König benennt das ganz Spektrum der Trauer, Ohnmacht, Empfindsamkeit aber auch der Empfindungslosigkeit, der Dumpfheit sowie der Wut, Aggression und Schuld. Ihre Sprachbilder, Beispiele aus Literatur und Bibel benennen das Schwere von Verlusterfahrungen in einer beziehungsstiftenden Weise, die ahnen lässt, dass es für den trauernden Menschen möglich werden kann, seinem Leben wieder Boden unter die Füße zu geben. In jedem Kapitel laden konkrete Übungen

ein, den Gefühlen und Gedanken durch Bilder, Geschichten, Symbole und Träume Raum zu geben. Die Reise zum guten Ort, Schmelzübung, dem Verstorbenen in inneren Bildern begegnen, Feder und Stein sind nur einige der anregenden Übungen.

Das Buch wendet sich an Betroffene: z. B. Frauen und Männer, die ihre Partner(innen) durch Tod verloren haben; an Mütter und Väter, die das Sterben ihrer Kinder erlebt haben. Kinder kommen hier zu Wort, die mit dem Tod ihrer Eltern leben lernen; Menschen, die die Autorin aus ihrer Beratungspraxis in der Beratungsstelle begleitet, beraten und erlebt hat.

Das Buch kann ein Begleiter für aktuell Betroffene sein oder eine Einladung, dem Verlorenen auch nach Jahren neu zu begegnen. Denn die Liebe hört niemals auf.

Gleich im ersten Kapitel benennt Ina König ihren roten Faden, ihre Absicht, der sie im Buch folgt. Die Leitperspektive ihrer Trauerbegleitung ist die sich wandelnde Verbundenheit zwischen Trauernden und Verstorbenen. Aus den Erfahrungen trauernder Menschen weiß sie, dass die leise und laute Botschaft an Trauernde, doch (endlich) loszulassen, den Schmerz vergrößert statt lindert, den Schmerz verfestigt statt loslassen ermöglicht. Und es sind die "spinnenwebfeinen" Verbindungen zwischen den Lebenden und den Toten, die aufgenommen und aus denen ein neues Lebensgewebe gesponnen werden können. Es geht statt des Loslassens um ein Freilassen – aus der Freiheit des eigenen Erlebens in dieser Welt heraus den Verstorbenen in jener Welt begreifen lernen.

Durch viele Gesprächsbeispiele aus ihrer Beratungspraxis gewährt die Theologin und psychologische Beraterin dem Leser und der Leserin einen Einblick in ihre Beratungsarbeit, die theoretisch fundiert begründet wird, ohne den Lesefluss zu beeinträchtigen. Das ausführliche Literaturverzeichnis gibt interessante Verweise auf weitere Fachliteratur.

Die Lektüre lohnt sich für das Fachpublikum: für Berater(innen), Psycholog(inn)en, Seelsorger(innen), Pastor(inn)en, ehrenamtlich Mitarbeitende in Hospizkreisen, in Selbsthilfegruppen und Kirchengemeinden, für die Mitarbeitenden in Krankenhäusern und Hospizen, empfehlenswert für Supervisor(inn)en, die in Organisationen beraten, deren Fachleute an den Grenzen des Lebens pflegen, begleiten, helfen.

Was ist das besondere an diesem Buch für Menschen, die professionell Menschen in Trauer begleiten? Nach der Lektüre werden Berater(innen) und Begleiter den Weg trauernder Menschen nicht mehr auf das Stichwort "Trauerarbeit" und die wichtige Kenntnis von Trauerphasen verkürzen, sondern der Komplexität angemessen Platz schaffen. Fachleute lernen, ihre Beratungslandkarte zu erweitern, sich in das Erleben der Klient(inn)en einfühlen zu können, berührt zu werden und sich distanzieren zu können. Ina König versteht es, sowohl die Klient(inn)enseite als auch die Berater(innnen)seite anzusprechen, ohne die Rollen zu verwischen. Das Buch lehrt, den Sinn von Geschichten zu verstehen. Erzählen und Hören sind ein gemeinsamer Akt, in dem Vergangenes

gegenwärtig gestaltet wird und sich Zukunft entwirft. Übungen und Imaginationen nehmen das Erleben auf und führen es in die eigene persönliche Weite. Gute fachliche Erklärungen helfen zum Verstehen, die Betroffenen lernen, ihr Erleben im Dickicht der Gefühlslandschaft einzuordnen.

Das Buch nimmt die spirituelle Seite der existentiellen Erfahrung von Verlust, Tod und Trauer auf und ermutigt Berater(innen), sich damit auseinanderzusetzen und der spirituellen Seite im Beratungsprozess zu begegnen.

Dem Grundanliegen "Die Liebe hört niemals auf" wird die Autorin auch in ihrer Sprache, den ausgesuchten Gedichten und Geschichten und einer achtsam wertschätzenden Haltung gerecht.

Das Inhaltsverzeichnis gibt der Themenfülle eine klare und gut gegliederte Struktur. Je nach Bedarf folgt der Leser / die Leserin den Kapiteln oder sucht sich das gerade persönlich passende Thema heraus, hört sich in die Erfahrungen Betroffener hinein oder lässt sich auf eine der Übungen ein. Ein gutes praxisorientiertes Buch!

Dipl.-Soz.-Päd. Ulrike Heckel, Palzstr. 54, 58730 Fröndenberg

Ehe-, Familien- und Lebensberaterin (DAJEB), Supervisorin (DGSv)

Aus Recht und Verwaltung

Das neue Verfahrensrecht in Familiensachen²

Bundestag und Bundesrat haben die Reform des Gesetzes über die Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FGG) beschlossen. An seine Stelle ist das Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) zum 1. September 2009 in Kraft getreten.

Mit der Eherechtsreform im Jahr 1976 war das Familiengericht eingeführt worden. Es war zuständig in allen Angelegenheiten des Eherechts, also vor allem bei Trennung und Scheidung von Ehen sowie Unterhaltsregelungen. Mit der Kindschaftsrechtsreform 1998 hat das Familiengericht auch die Zuständigkeit für Angelegenheiten der elterlichen Sorge erhalten. Das Vormundschaftsgericht ist neben dem Familiengericht bestehen geblieben. Es hat bis heute bei Minderjährigen z. B. über eine Adoption zu entscheiden. Durch das FamFG wird nun das Große Familiengericht geschaffen, das jetzt für alle Angelegenheiten in Familien- und Kindschaftssachen (sowie die anderen oben aufgeführten Themen) zuständig ist.

² Nachdruck aus: *Informationen für Erziehungsberatungsstellen*, Nr. 3/2008, mit freundlicher Genehmigung der Redaktion

Mit der Reform des FGG sind bisher in unterschiedlichen Zusammenhängen ge-regelte Rechtsmaterien nun in einem Gesetz zusammengefasst. Das FamFG ist in die folgenden Gesetzbücher gegliedert:

- Buch 1: Allgemeiner Teil
- Buch 2: Verfahren in Familiensachen
- Buch 3: Verfahren in Betreuungs- und Unterbringungsangelegenheiten
- Buch 4: Verfahren in Nachlasssachen
- Buch 5: Verfahren in Registersachen, unternehmensrechtliche Verfahren
- Buch 6: Verfahren in weiteren Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsarbeit
- Buch 7: Verfahren in Freiheitsentziehungssachen
- Buch 8: Verfahren in Aufgebotsachen
- Buch 9: Schlussvorschriften.

Der Gesetzgeber hat sich darum bemüht, das Gesetzeswerk so aufzubauen, dass auch der juristische Laie die für ihn relevanten Aussagen aufzufinden vermag. So enthält es z. B. Regelungen über die örtliche Zuständigkeit des Familiengerichts nicht nur wie üblich im Allgemeinen Teil des Gesetzes, sondern in jedem Gesetzbuch. Für die Erziehungsberatung ist – neben dem Allgemeinen Teil – vor allem das Verfahren in Familiensachen von Bedeutung.

Der Gesetzgeber hat Teile dieser Reform mit dem Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung, das seit dem 4. Juli 2008 in Kraft getreten ist, vorgezogen. Dies betrifft das Beschleunigungsgebot in kind-schaftsrechtlichen Verfahren und die Erörterung der Kindeswohlgefährdung. Im Folgenden ist deutlich gemacht, welche Regelungen bereits Gesetzeskraft haben. Zugleich hat der Gesetzgeber in diesem Zusammenhang § 1666 BGB präzisiert. Auch die in diesem Zusammenhang beschlossenen gesetzlichen Neuerungen sind im Folgenden mit einbezogen.

(...)

Die Regelungen im Einzelnen

Es werden ausgewählte Regelungen des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) und des Gesetzes zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung, deren Kenntnis für die Erziehungs- und Familienberatung von Bedeutung ist, dargestellt. Die erläuterten Stichworte sind alphabetisch geordnet.

Anhörung der Eltern

Das Familiengericht soll in Verfahren, die die Person des Kindes betreffen, dessen Eltern persönlich anhören (§ 160 Abs. 1 Satz 1 FamFG). Auf die Anhörung kann nur im Ausnahmefall verzichtet werden. In Verfahren wegen Gefährdung des Kin-

deswohls (§§ 1666, 1666a BGB) ist das Gericht zur Anhörung der Eltern verpflichtet (§ 160 Abs. 1 Satz 2 FamFG).

In Kindschaftssachen, die nicht die Person des Kindes betreffen, kann die Anhörung auch schriftlich erfolgen (§ 160 Abs. 2 FamFG).

Anhörung des Kindes

Das Gericht hat das Kind persönlich anzuhören, wenn es das 14. Lebensjahr vollendet hat (§ 159 Abs. 1 FamFG). Diese Minderjährigen können in einem Verfahren, das ihre Person betrifft, ihre Rechte selbst vertreten (§ 9 Abs. 1 Nr. 3 FamFG).

Hat das Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist es persönlich anzuhören, wenn die Neigungen, Bindungen oder der Wille des Kindes für die Entscheidung von Bedeutung sind oder wenn eine persönliche Anhörung aus sonstigen Gründen angezeigt ist (§ 159 Abs. 2 FamFG). Ist vom Gericht ein Verfahrensbeistand bestellt worden, so soll die Anhörung in dessen Anwesenheit stattfinden (§ 159 Abs. 4 Satz 3 FamFG).

Anhörung des Jugendamtes

Das Familiengericht hat das Jugendamt in Verfahren, die Kindschaftssachen betreffen, nach § 162 FamFG anzuhören. Das Jugendamt hat nach § 50 Abs. 1 SGB VIII die Pflicht, in diesem Verfahren mitzuwirken. Durch seine Mitwirkung erhält das Jugendamt nicht den Status eines Verfahrensbeteiligten (§ 7 Abs. 6 FamFG).

Siehe auch: Beschleunigungsgebot und Mitwirkung des Jugendamtes

Anordnung einer Beratung

Nach § 156 Abs. 1 Satz 4 FamFG kann das Familiengericht anordnen, dass Eltern an einer Beratung der Kinder- und Jugendhilfe teilnehmen. Eine solche Anordnung ist von den Eltern rechtlich nicht anfechtbar; aber sie kann auch nicht mit Zwangsmitteln gegen die Eltern durchgesetzt werden (Satz 5). Allerdings wird eine Ablehnung der Beratung durch die Eltern seitens des Gerichts in seinem Beschluss berücksichtigt werden.

Die Anordnung stellt keine Entscheidung über die Leistung dar. Ob eine Beratung erbracht wird, steht in der fachlichen Kompetenz der Kinder- und Jugendhilfe (§ 36a Abs. 1 SGB VIII). Deshalb sollte örtlich geklärt sein, welche Einrichtung Beratung aufgrund einer Anordnung durch das Familiengericht durchführt.

Aussetzung des Verfahrens

Das Familiengericht kann nach § 21 FamFG grundsätzlich ein Verfahren aussetzen. Dies gilt insbesondere dann, wenn in einem anderen Verfahren eine Sache zu entscheiden ist, die Voraussetzung des aktuellen Verfahrens ist. Die Gesetzes-

begründung macht aber zugleich deutlich, dass diese Regelung auch für eine etwaige Mediation gilt. Für eine Aussetzung des Verfahrens zu Zwecken der Beratung muss daher entsprechendes gelten.

Das Gericht soll nach § 136 FamFG ein Verfahren aussetzen, wenn nach seiner freien Überzeugung Aussicht auf Fortsetzung der Ehe besteht. Mit der Aussetzung soll das Gericht den Ehegatten in der Regel nahe legen, eine Eheberatung in Anspruch zu nehmen (§ 136 Abs. 4 FamFG). Mit dieser Regelung wird die Vorschrift des § 21 FamFG für den Bereich der Ehesachen konkretisiert. Die Aussetzung des Verfahrens ist auf maximal ein Jahr begrenzt (bei längerer Trennung der Ehegatten auf sechs Monate).

Beschleunigungsgebot

Der Gesetzgeber hat im Vorgriff auf die Reform des Gesetzes über die freiwillige Gerichtsbarkeit (FGG-Reform) das Beschleunigungsgebot für einzelne kindschaftsrechtliche Verfahren vorgezogen. § 50e FGG sieht seit dem 4. Juli 2008 vor, dass Verfahren, die

- den Aufenthalt eines Kindes,
- das Umgangsrecht oder
- die Herausgabe des Kindes sowie
- eine Gefährdung des Kindeswohls

betreffen, vorrangig und beschleunigt durchzuführen sind (§ 50e Abs. 1 FGG) [jetzt: § 155 Abs. 1 FamFG]. Das Familiengericht ist jetzt gehalten, die Streitsache in einem ersten Termin spätestens einen Monat nach Beginn des Verfahrens mit den Beteiligten zu erörtern (§ 50e Abs. 2 FGG). Das Gericht hört in diesem Termin das Jugendamt an (§ 50e Abs. 2 Satz 3 FGG) [jetzt: § 155 Abs. 2 Satz 3 FamFG]. Eine Verlegung des Termins ist nur aus dringendem Grunde zulässig (Satz 4). Das persönliche Erscheinen der verfahrensfähigen Beteiligten soll angeordnet werden. Die Anhörung eines Ehegatten hat in Abwesenheit des anderen Ehegatten stattzufinden, falls dies zum Schutz des anzuhörenden Ehegatten oder aus anderen Gründen erforderlich ist (§ 128 Abs. 1 FamFG).

Die Bedeutung des gesetzgeberischen Vorgriffs liegt in der Ausweitung der bisherigen Praxis in Verfahren wegen Gefährdung des Kindeswohls auf Streitigkeiten zum Aufenthalt des Kindes, zum Umgang mit dem Kind und zur Herausgabe des Kindes. Für Erziehungsberatungsstellen erhält eine veränderte Praxis der Familiengerichte insbesondere bei umgangsrechtlichen Verfahren Bedeutung.

Beteiligte

Beteiligter im Sinne dieses Gesetzes ist zunächst der Antragsteller (§ 7 Abs. 1 FamFG). Als Beteiligte sind darüber hinaus vom Gericht hinzuzuziehen diejenigen, deren Recht durch das Verfahren unmittelbar betroffen ist (§ 7 Abs. 2 Nr. 1 FamFG), ebenso diejenigen, die aufgrund eines Gesetzes von Amts wegen oder auf Antrag zu beteiligen sind (§ 7 Abs. 2 Nr. 2 FamFG). Das Gericht kann weitere

Personen als Beteiligte hinzuziehen (§ 7 Abs. 3 FamFG). Zugleich wird klargestellt: Wer anzuhören ist oder eine Auskunft zu erteilen hat, wird dadurch nicht Beteiligter.

Das Familiengericht ist in Kindschaftssachen verpflichtet, das Jugendamt anzuhören (§ 162 FamFG). Das Jugendamt wird durch seine Mitwirkung im familiengerichtlichen Verfahren, die ihm nach § 50 SGB VIII obliegt, also nicht zum Beteiligten. Dies ist nur der Fall, wenn das Jugendamt die Voraussetzung der Abs. 2 u. 3 erfüllt, also z. B. wenn es als Amtsvormund in eigenen Rechten betroffen ist.

Ehesachen

Ehesachen sind Verfahren, die auf die Scheidung der Ehe, die Aufhebung der Ehe oder auf die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens einer Ehe zielen (§ 121 FamFG).

Einvernehmen

Das Familiengericht soll in Kindschaftssachen, die

- die elterliche Sorge bei Trennung und Scheidung
- den Aufenthalt des Kindes
- das Umgangsrecht oder
- die Herausgabe des Kindes

betreffen, in jeder Lage des Verfahrens auf ein Einvernehmen der Beteiligten hinwirken. Mit dieser Vorschrift unterstreicht der Gesetzgeber, dass von den Eltern selbst vereinbarte Regelungen gegenüber einer die Eltern fremdbestimmenden Entscheidung des Gerichts Vorrang haben soll. Allerdings ist nicht für jede Problemsituation ein solches Einvernehmen herzustellen. Deshalb hat der Gesetzgeber ergänzend hinzugefügt, dass das FamG in dieser Weise auf die Eltern nur einwirken soll, wenn dies dem Kindeswohl nicht widerspricht (§ 156 Abs. 1 Satz1 FamFG).

Das Familiengericht kann diesen Auftrag umsetzen, indem es

- auf die Möglichkeiten der Beratung durch die Beratungsstellen und –dienste der Kinder- und Jugendhilfe hinweist. Dieser Hinweis soll insbesondere im Zusammenhang mit der elterlichen Sorge gegeben werden (Satz 2).
- auf die Möglichkeit einer Mediation hinweist (Satz 3).
- anordnet, dass die Eltern an einer Beratung, die von der Kinder- und Jugendhilfe vorgehalten wird, teilnehmen (Satz 4). Eine solche Anordnung ist von den Eltern rechtlich nicht anfechtbar; aber sie kann auch nicht mit Zwangsmitteln gegen die Eltern durchgesetzt werden (Satz 5).

Wenn von den Beteiligten ein Einvernehmen über den Umgang mit dem Kind oder über die Herausgabe des Kindes erzielt wird und die getroffene Regelung vom Gericht gebilligt wird, so ist sie als Vergleich vom Gericht festzuhalten. Das Familien-

gericht muss die Regelung billigen, wenn sie dem Kindeswohl nicht widerspricht (§ 156 Abs. 2 FamFG).

Wird jedoch im ersten Termin eines Verfahrens in Kindschaftssachen

- zum Aufenthalt des Kindes
- zum Umgangsrecht oder
- zur Herausgabe des Kindes

kein Einvernehmen erzielt, so hat das Familiengericht mit den Beteiligten und dem Jugendamt den Erlass einer einstweiligen Anordnung zu erörtern (§ 156 Abs. 3 Satz 1 FamFG). In Fällen, in denen das FamG eine Beratung oder eine schriftliche Begutachtung anordnet, soll das Gericht, wenn das Verfahren das Umgangsrecht betrifft, den Umgang durch eine einstweilige Anordnung regeln oder ihn ausschließen (§ 156 Abs. 3 Satz 2 SGB VIII). Vor einer solchen Entscheidung soll das betroffene Kind persönlich angehört werden (Satz 3).

Elterliche Sorge (Erklärung über die elterliche Sorge)

Wenn eine Scheidung beantragt wird, muss der Antragsteller der Antragschrift eine Erklärung beifügen, ob die Ehegatten eine Regelung über

- die elterliche Sorge,
- den Umgang und
- die Unterhaltungspflicht gegenüber gemeinschaftlichen minderjährigen Kindern

getroffen haben. Die Erklärung nach § 133 Abs. 1 Nr. 3 FamFG erstreckt sich auch auf

- den Unterhalt gegenüber dem Ehegatten,
- die Ehewohnung und
- den Hausrat.

Elterliche Sorge (Überprüfung der Entscheidung bei Nichtentzug der e. S.)

Durch das Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung ist für das Familiengericht die Pflicht geschaffen worden, in den Fällen einer Kindeswohlgefährdung, in denen es von Maßnahmen nach den §§ 1666 bis 1667 BGB abgesehen hat, diese Entscheidung in angemessenem Zeitabstand, in der Regel aber nach drei Monaten, noch einmal zu überprüfen (§ 1696 Abs. 3 Satz 2 BGB). Damit soll sichergestellt werden, dass Eltern eine Nicht-Entscheidung des Gerichts nicht als Bestätigung ihres Verhaltens gegenüber dem Kind auffassen können oder sich nur zum Schein für die Anregung des Gerichts, eine öffentliche Hilfe für ihr Kind in Anspruch zu nehmen, offen zeigen. Das Familiengericht soll nun diese Konstellationen im Blick behalten und "in der Regel" nach drei Monaten den Sachstand neu überprüfen. Dabei ist das Gericht frei, entsprechend der Situation des Einzelfalls diese Frist auch zu verkürzen oder zu verlängern.

Mit dieser Vorschrift ist ein Komplement geschaffen zu der bereits bestehenden Pflicht, länger dauernde Maßnahmen nach den §§ 1666 bis 1667 BGB in angemessenen Zeitabständen zu überprüfen.

Erörterung der Kindeswohlgefährdung

In Verfahren nach §§ 1666, 1666a BGB soll das Gericht nach § 157 FamFG mit den Eltern und in geeigneten Fällen auch mit dem Kind erörtern, wie einer möglichen Gefährdung begegnet werden kann. Dabei soll insbesondere erörtert werden, welche öffentlichen Hilfen zur Unterstützung in Anspruch genommen werden können. Öffentliche Hilfen sind in diesem Zusammenhang Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Gesundheitsfürsorge. Das Gericht soll die Eltern zugleich darauf hinweisen, welche Folgen es haben kann, wenn für das Kind notwendige Hilfen nicht in Anspruch genommen werden. Das Jugendamt soll zu dieser Erörterung geladen werden. Das Gericht hat dabei das persönliche Erscheinen der Beteiligten anzuordnen (§ 157 Abs. 2 FamFG). Die Erörterung wird in Abwesenheit eines Elternteils durchgeführt, wenn dies zum Schutz eines Beteiligten (oder aus anderen Gründen) erforderlich ist. Das Gericht hat in diesen Verfahren nach §§ 1666, 1666a BGB zu prüfen, ob eine einstweilige Anordnung erforderlich ist (§ 157 Abs. 3 FamFG).

Erörterungstermin

Für Kindschaftssachen, die den Aufenthalt des Kindes, das Umgangsrecht oder die Herausgabe des Kindes sowie Verfahren wegen Gefährdung des Kindeswohls betreffen, ist eine Erörterung mit allen Beteiligten vorgeschrieben (§ 155 Abs. 2 FamFG). Der Erörterungstermin (erste Anhörung) soll einen Monat nach Beginn des Verfahrens stattfinden. Das Familiengericht hört in diesem Termin auch das Jugendamt. Eine Verlegung des Termins ist nur aus zwingenden Gründen zulässig (§ 155 Abs. 2 Satz 4 FamFG).

Familiengerichtliche Maßnahmen

In § 1666 Abs. 1 BGB war bisher nur allgemein festgehalten, dass das Familiengericht, die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen hat. Praktisch hat dies bedeutet, dass Familiengerichte in der übergroßen Zahl der Fälle über den teilweisen oder vollständigen Entzug der elterlichen Sorge entschieden haben. Andere Maßnahmen haben sie nur ausnahmsweise angeordnet. Durch die Neufassung des Abs. 3 hat der Gesetzgeber den Familiengerichten nun verdeutlicht, dass ihnen eine breite Palette von Maßnahmen zur Verfügung steht. Zu ihnen gehören:

- Gebote, öffentliche Hilfen in Anspruch zu nehmen, (dabei werden ausdrücklich Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Gesundheitsfürsorge benannt)
- Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,

- Verbote, Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind aufhält (dazu können zählen die Familienwohnung, der Umkreis der Wohnung oder andere, zu bestimmende Orte).
- Verbote, Verbindung mit dem Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit ihm herbeizuführen
- die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge und schließlich
- die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.

Die Familiengerichte sind damit angehalten, bei der Prüfung der Gefährdung des Wohles eines Kindes nicht nur den Entzug der elterlichen Sorge als Handlungsoption in den Blick zu nehmen, sondern entsprechend dem Grad der konkreten Gefährdung den Personensorgeberechtigten differenzierte Auflagen zu erteilen.

Familien­sachen

Zu den Familien­sachen zählen nach § 111 FamFG: Ehesachen, Kindschafts­sachen, Abstammungssachen, Adoptionssachen, Wohnungszuweisungs- und Hausratsachen, Gewaltschutzsachen, Unterhaltssachen und anderes.

"Geschlossene Unterbringung" (Entscheidung über mit Freiheitsentzug verbundene Unterbringung)

Mit dem Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung sind auch die Bestimmungen über eine mit Freiheitsentzug verbundene Unterbringung Minderjähriger ("geschlossene Unterbringung") präzisiert worden. Die Unterbringung eines Kindes in einer geschlossenen Einrichtung kann nicht von den Personensorgeberechtigten allein veranlasst werden. Es bedarf dazu vielmehr einer familiengerichtlichen Entscheidung nach § 1631b BGB. Bisher enthielt diese Bestimmung keine inhaltliche Voraussetzung, unter der die Genehmigung der Freiheitsentziehung durch das Gericht zulässig war. Nun hat der Gesetzgeber präzisiert, dass die Unterbringung insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung möglich ist (§ 1631b Satz 2 BGB). Allerdings ist auch diese Entscheidung – alle Kindschaftssachen – am Wohl des betroffenen Kindes zu orientieren (§ FamFG).

Kindeswohlgefährdung (Begriffsdefinition)

§ 1666 Abs. 1 BGB verzichtet mit der Neufassung auf die bisherige Feststellung der Ursachen der Kindeswohlgefährdung. Dies waren: Missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, Vernachlässigung des Kindes, unverschuldetes Versagen der Eltern und/oder unzureichender Schutz des Kindes vor Gefahren durch Dritte. Diese früher notwendigen Feststellungen haben die Beschlussfassung der Gerichte erschwert, weil sie diese Tatsachen ermitteln und in den Urteilsbegründungen verarbeiten mussten. Nun kommt es allein darauf an, ob

- das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes (oder sein Vermögen) gefährdet ist und
- die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Gefahr abzuwenden.

Ausschlaggebend ist also die aktuelle Situation, in der sich das Kind befindet. Sie kann von den Familiengerichten festgestellt werden, ohne den Eltern ein Erziehungsversagen in der Vergangenheit attestieren zu müssen.

Materiell hat sich die in § 1666 BGB definierte Eingriffsschwelle dadurch nicht verändert. Eine Kindeswohlgefährdung setzt weiterhin nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH 1956) eine gegenwärtige Gefahr für die körperlichen, seelischen, geistigen oder erzieherischen Bedürfnisse des Kindes voraus, bei der sich in der weiteren Entwicklung mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Schädigung des Kindes ergeben wird.

Die Neufassung verdeutlicht mithin, dass der Eingriff in die elterliche Sorge keine Sanktionierung des bisherigen elterlichen Verhaltens darstellt, sondern allein auf einer Prognose zur künftigen Entwicklung des Kindes beruht.

Siehe auch: Erörterung der Kindeswohlgefährdung

Kindschaftssachen

Kindschaftssachen sind Verfahren, die

- die elterliche Sorge
 - das Umgangsrecht
 - die Kindesherausgabe
 - die Vormundschaft
 - die Pflegschaft oder Bestellung eines sonstigen Vertreters
 - die Genehmigung der freiheitsentziehenden Unterbringung eines Minderjährigen
 - die Anordnung der freiheitsentziehenden Unterbringung eines Minderjährigen nach den Landespsychiatriegesetzen oder
 - die Aufgaben nach dem Jugendgerichtsgesetz
- betreffen (§ 151 FamFG).

Mitteilungen an das Familiengericht

Mitteilungen von personenbezogenen Daten an das Familiengericht/Betreuungsgericht durch Gerichte oder Behörden sind zulässig, wenn aus ihrer Sicht deren Kenntnis für familien- oder betreuungsgerichtliche Maßnahmen erforderlich ist (§ 22a Abs. 2 FamFG). Die Übermittlung unterbleibt, wenn besondere bundes- oder landesrechtliche Regelungen dem entgegenstehen (§ 22a Abs. 3 FamFG). Eine solche einschränkende bundesrechtliche Regelung stellt für die Kinder- und Jugendhilfe und damit auch für die Erziehungsberatung der besondere Vertrau-

ensschutz nach § 65 SGB VIII dar, der nur aufgrund der dort aufgeführten Ausnahmetatbestände durchbrochen werden darf.

Mitwirkung des Jugendamtes

Das Familiengericht hat in Verfahren, die die Person des Kindes betreffen, das Jugendamt anzuhören. Unterbleibt die Anhörung wegen Gefahr im Verzug, so ist sie unverzüglich nachzuholen (§ 162 Abs. 1 FamFG). Durch seine Mitwirkung wird das Jugendamt noch nicht zum Verfahrensbeteiligten (§ 7 Abs. 6 FamFG). Das Jugendamt ist aber vom Familiengericht auf seinen Antrag am Verfahren zu beteiligen (§ 162 Abs. 2 FamFG).

Dem Jugendamt sind alle Entscheidungen des Gerichts bekannt zu machen, zu denen es nach § 162 Abs. 1 Satz 1 zu hören war. Gegen den Beschluss des Gerichts steht dem Jugendamt die Beschwerde zu (§ 162 Abs. 3 FamFG).

Die Bestimmung zur Mitwirkung im familiengerichtlichen Verfahren nach § 50 SGB VIII ist in Abs. 2 ergänzt worden: Das Jugendamt ist jetzt verpflichtet, in Kindersachssachen das Familiengericht im ersten Anhörungstermin (nach § 155 Abs. 2 FamFG) "über den Stand des Beratungsprozesses" zu informieren.

Ordnungsgeld

Gerichtliche Anordnungen können grundsätzlich mit einem Zwangsgeld (ersatzweise Zwangshaft) durchgesetzt werden (§ 35 FamFG). Da die Zwangsmittel sich auf eine in der Zukunft liegende Handlung richten, hat der Gesetzgeber nun zusätzlich ein Ordnungsgeld eingeführt. Das Gericht kann jetzt auch rückwirkend ein Ordnungsgeld verhängen, wenn

- eine Herausgabe von Personen oder
- eine Regelung zum Umgang

von dem hierzu Verpflichteten nicht eingehalten worden ist. Kann das Ordnungsgeld nicht eingetrieben werden, so kann Ordnungshaft verhängt werden (§ 89 Abs. 1 FamFG).

Gegen ein Kind ist die Anwendung unmittelbaren Zwangs zur Durchsetzung eines Umgangsrechts nicht zulässig (§ 90 Abs. 3 FamFG). Für alle anderen Konstellationen ist unmittelbarer Zwang gegen ein Kind nur zulässig, wenn dies unter Berücksichtigung des Kindeswohls gerechtfertigt ist (ebd.).

Sachverständige (Bestellung)

Wenn das Familiengericht eine schriftliche Begutachtung anordnet, muss es dem Sachverständigen zugleich eine Frist setzen, innerhalb derer er das Gutachten einzureichen hat (§ 163 Abs. 1 FamFG). Das Gericht kann in Verfahren, die die Person des Kindes betreffen, auch anordnen, dass der Sachverständige bei der Erstellung des Gutachtens auf die Herstellung des Einvernehmens zwischen den

Beteiligten hinwirken soll (§ 163 Abs. 2 FamFG). Eine Vernehmung des Kindes als Zeuge findet nicht statt (§ 163 Abs. 3 FamFG).

Sachverständige (Qualifikation)

Durch das Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen sind die Qualifikationsanforderungen an Sachverständige präzisiert worden, die in einem Verfahren zu einer mit Freiheitsentziehung verbundenen Unterbringung eines Minderjährigen mit einem Gutachten beauftragt werden. Bisher sollte das Gutachten von einem Arzt für Psychiatrie oder Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie vorgelegt werden. Nun soll der Sachverständige in der Regel ein Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sein (§ 70e Abs. 1 Satz 3 FGG) [jetzt: § 167 Abs. 6 FamFG]. Es kann aber auch durch einen in Fragen der Heimerziehung ausgewiesenen Psychotherapeuten, Psychologen, Pädagogen oder Sozialpädagogen erstattet werden.

Verfahrensbeistand

Im Rahmen der Kindschaftsrechtsreform ist in kindschaftsrechtlichen Verfahren das Institut des Verfahrenspflegers ("Anwalt des Kindes") eingeführt worden (§ 50 FGG). Er soll die Interessen des Kindes wahrnehmen. Jetzt wird diese Aufgabe dem Verfahrensbeistand übertragen (§ 158 FamFG). Das Familiengericht hat einem minderjährigen Kind in Kindschaftssachen, die seine Person betreffen, einen geeigneten Verfahrensbeistand zur Wahrnehmung seiner Interessen zu bestellen, wenn

- das Interesse des Kindes zu dem seiner gesetzlichen Vertreter in erheblichem Gegensatz steht
- in Verfahren nach §§ 1666 und 1666a die teilweise oder vollständige Entziehung der Personensorge in Betracht kommt
- eine Trennung des Kindes von der Person erfolgen soll, in deren Obhut es sich befindet
- die Herausgabe des Kindes oder eine Verbleibensanordnung verhandelt wird
- der Ausschluss oder eine wesentliche Beschränkung des Umgangsrechts in Betracht kommt (§ 158 Abs. 2 FamFG).

Der Verfahrensbeistand ist so früh wie möglich zu bestellen. Er hat im Verfahren den Status eines Beteiligten. Wenn das Gericht von der Bestellung absieht, ist dies in der Endentscheidung zu begründen (§ 158 Abs. 3 FamFG).

Aufgabe des Verfahrensbeistandes ist es, das Interesse des Kindes festzustellen und im gerichtlichen Verfahren zur Geltung zu bringen. Der Verfahrensbeistand hat das Kind über Gegenstand, Ablauf und möglichen Ausgang des Verfahrens zu informieren (§ 158 Abs. 4 Satz 1 u 2 FamFG).

Im Einzelfall kann das Gericht dem Verfahrensbeistand die zusätzliche Aufgabe übertragen, Gespräche mit den Eltern und weiteren Bezugspersonen des Kindes

zu führen sowie an einer einvernehmlichen Regelung über den Verfahrensgegenstand mitzuwirken. Das Gericht muss in diesem Fall Art und Umfang der Beauftragung konkret festlegen und die Beauftragung begründen (§ 158 Abs. 4 Satz 3 u. 4 FamFG).

Vermittlungsverfahren

Wenn ein Elternteil geltend macht, dass der andere Elternteil die Durchführung einer gerichtlichen Entscheidung oder eines gerichtlich gebilligten Vergleichs über den Umgang mit dem gemeinschaftlichen Kind vereitelt oder erschwert, vermittelt das Gericht auf seinen Antrag zwischen den Eltern. Die Vermittlung kann abgelehnt werden, wenn bereits ein Vermittlungsverfahren oder eine anschließende außergerichtliche Beratung erfolglos geblieben ist (§ 165 Abs. 1 FamFG). Diese Vorschrift entspricht der bisherigen Regelung in § 52a FGG.

Zum Vermittlungstermin wird das persönliche Erscheinen der Eltern angeordnet. Das Jugendamt wird vom Gericht in geeigneten Fällen geladen (§ 165 Abs. 2 FamFG).

In dem Termin erörtert das Gericht mit den Eltern, welche Folgen das Unterbleiben des Umgangs für das Wohl des Kindes haben kann. Es weist auf mögliche Rechtsfolgen hin, die sich ergeben können, wenn der Umgang vereitelt oder erschwert wird. Insbesondere weist das Familiengericht darauf hin, dass Ordnungsmittel (siehe oben) verhängt werden können oder die elterliche Sorge eingeschränkt oder entzogen werden kann. Auch an dieser Stelle weist das Familiengericht auf die bestehenden Möglichkeiten der Beratung durch die Beratungsstellen und –dienste der Träger der Kinder- und Jugendhilfe hin (§ 165 Abs. 3 FamFG).

Aufgabe des Familiengerichts ist es in diesem Verfahren, darauf hinzuwirken, dass die Eltern Einvernehmen über die Ausübung des Umgangs erzielen (§ 165 Abs. 4 FamFG).

Das Familiengericht stellt durch nicht anfechtbaren Beschluss fest, dass das Vermittlungsverfahren erfolglos geblieben ist, wenn

- keine einvernehmliche Regelung des Umgangs oder
- kein Einvernehmen über die Inanspruchnahme einer außergerichtlichen Beratung erreicht wird oder
- mindestens ein Elternteil nicht zum Vermittlungstermin erscheint.

In diesem Fall prüft das Gericht, ob

- Ordnungsmittel ergriffen
- Änderungen an der Umgangsregelung vorgenommen oder
- Maßnahmen in Bezug auf die Sorge

ergriffen werden sollen (§ 165 Abs. 5 FamFG).

Ressortaufteilung des Vorstandes

Regionale Ansprechpartner:

- Baden Württemberg / Bayern / Hessen / Rheinland-Pfalz / Saarland
- Berlin
- Brandenburg / Mecklenburg-Vorpommern
- Bremen / Hamburg / Niedersachsen / Schleswig-Holstein
- Nordrhein-Westfalen
- Sachsen / Sachsen-Anhalt / Thüringen

Patrick Friedl
Petra Thea Knispel

Petra Heinze

Cornelia Strickling
Berend Groeneveld

Cornelia Weller

Fort- und Weiterbildungsausschuss:

Berend Groeneveld (Vorsitz), Petra Heinze, Cornelia Strickling, Cornelia Weller, Dr. Florian Moeser-Jantke

Informationsrundschriften:

Rolf Holtermann (verantw. Redakteur)

Redaktionsausschuss:

Rolf Holtermann (Vorsitz), Berend Groeneveld, Petra Thea Knispel, Cornelia Strickling

Ausschuss "Kompetenzen":

Cornelia Strickling (Vorsitz), Berend Groeneveld, Petra Heinze, Petra Thea Knispel, Cornelia Weller

Migrationsbeauftragter:

Patrick Friedl

Europabeauftragte:

Renate Gamp

Rechnungsprüferinnen:

Margarita Gansert, Rosmarie Jell

Herausgegeben von

Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V.
Neumarkter Str. 84 c, 81673 München

Druck: Pröll Druck, Augsburg

Diese Veröffentlichung erscheint mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Sie ist einschließlich aller ihrer Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der DAJEB unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

Es ist deshalb nicht gestattet, diese Veröffentlichung ganz oder in Teilen zu scannen, in Computern oder auf CD's zu speichern oder in Computern zu verändern, es sei denn mit schriftlicher Genehmigung der DAJEB.

Einzelpreis dieses Heftes: € 8,90 zzgl. Versandkosten