



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Evaluation der Peerberatung bei *pro mente* Wien

Eine sinnvolle Ergänzung für Menschen mit psychischen
Störungen?

Verfasserin

Karin Dabernig

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im August 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Werner Herkner

Danksagung

Mein Dank gilt *pro mente* Wien und dem Geschäftsführer Herrn Dr. Rudolf Wagner, der es mir ermöglichte, dieses Thema für meine Diplomarbeit zu wählen, der Leiterin des evaluierten Projektes „Peerberatung“ Michaela Hopfgartner, sowie allen PeerberaterInnen und LeiterInnen der Selbsthilfegruppen für die gute Zusammenarbeit.

Meinen Dank richte ich auch an meinen Diplomarbeitsbetreuer Herrn Univ.-Prof. Dr. Werner Herkner für sein Interesse an diesem Thema und die Hilfestellungen.

Besonders aber möchte ich mich hier bei meiner Familie und meinen Freundinnen und Freunden bedanken, vor allem bei meinen Eltern für ihre bedingungslose Unterstützung während meiner gesamten Studienzeit.

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	1
0 KURZZUSAMMENFASSUNG	4
1 THEORETISCHER TEIL	6
1.1 EINLEITUNG	7
1.2 MODELLE UND THEORETISCHE ANSÄTZE	8
1.2.1 EMPOWERMENT	8
1.2.1.1 Allgemeine Anmerkungen zum Empowermentansatz	8
1.2.1.2 Empowerment als psychologischer Prozess	9
1.2.1.3 Empowerment in der psychiatrischen und sozialen Arbeit	11
1.2.1.4 Empowerment in Selbsthilfegruppen (SHG)	14
1.2.1.5 Empowerment, Selbstwirksamkeit und Selbstwert	14
1.2.2 EMPOWERMENT IN ABGRENZUNG ZUM SALUTOGENESE-ANSATZ VON AARON ANTONOVSKY	16
1.2.3 EMPOWERMENT IN ABGRENZUNG ZUM RECOVERY-ANSATZ	19
1.3 PRO MENTE WIEN	21
1.3.1 ALLGEMEINE BESCHREIBUNG DER INSTITUTION	21
1.3.2 SELBSTHILFEORIENTIERTE PROJEKTARBEIT	22
1.3.2.1 Betroffene beraten Betroffene	22
1.3.2.2 Peerberatung	23
1.4 STÖRUNGSBILDER	25
1.4.1 STIMMEN HÖREN	25
1.4.2 BIPOLARE STURZFLIEGER	27
1.4.3 DEPRESSION	29
1.4.4 ANGST	30
1.4.5 SOZIALPHOBIE	32
1.5 SELBSTHILFE UND PEER-TO-PEER-ARBEIT	34
1.5.1 ALLGEMEINE ANMERKUNGEN ZU SELBSTHILFE UND PEER SUPPORT	34
1.5.2 PEER SUPPORT	36

1.5.2.1 Die Auswirkungen von Peer Support auf Empowerment, Selbstwert und Selbstwirksamkeit	39
1.5.2.2 Kommunikation und das Verhältnis der Peers oder der ProfessionistInnen zu den KlientInnen im Rahmen des Peer Supports im Vergleich zu herkömmlichen Behandlungsangeboten	41
1.5.2.3 Wirksamkeitsstudien von Peerberatung	42
1.5.3 SELBSTHILFEGRUPPEN	47
1.5.3.1 Definition von SHG	47
1.5.3.2 Wirksamkeitsstudien zu SHG im englischsprachigen Raum	48
1.5.3.3 SHG bei Personen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis	50
1.5.3.4 Wirksamkeitsstudien von SHG im deutschsprachigen Raum	52

2 EMPIRISCHER TEIL **56**

2.1 ZIELE DER UNTERSUCHUNG UND FORMULIERUNG DER FRAGESTELLUNG **57**

2.2 METHODE **61**

2.2.1 ERHEBUNG DER STICHPROBE 61

2.2.1.1 EXKURS: Probleme während der Datenerhebung 62

2.2.2 ERHEBUNGSINSTRUMENTE 63

2.2.2.1 NEO-Persönlichkeitsinventar 64

2.2.2.2 Befindlichkeits-Skala 66

2.2.2.3 Fragebogen zu Lebenszielen und Lebenszufriedenheit 66

2.2.2.4 Erholungs-Belastungs-Fragebogen 68

2.2.2.5 Fragebogen zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung 69

2.2.2.6 Wiener Selbstwerttest 69

2.2.2.7 Skalen Soziale Unterstützung 70

2.2.2.8 Becks-Depressions-Inventar 71

2.2.2.9 Interaktions-Angstfragebogen 72

2.3 AUSWERTUNG DER DATEN **73**

2.3.1 ALLGEMEINE ANMERKUNGEN ZUR AUSWERTUNG 73

2.3.2 DROPOUT-ANALYSE 74

2.3.2.1 Dropout-Analyse der Peerberatung 74

2.3.2.2	Dropout-Analyse der SHG	77
2.3.3	BESCHREIBUNG DER STICHPROBE	80
2.3.3.1	Beschreibung der Stichprobe der Peerberatung	80
2.3.3.2	Beschreibung der Stichprobe der SHG	82
2.3.4	PRÄSENTATION DER ERGEBNISSE DER HYPOTHESENPRÜFUNG	84
2.3.4.1	Präsentation der Ergebnisse der Peerberatung	84
2.3.4.2	Präsentation der Ergebnisse der SHG	93
2.3.4.3	Präsentation der Ergebnisse über Peerberatung und SHG hinweg	104
2.4	INTERPRETATION UND DISKUSSION	105
2.4.1	INTERPRETATION DER ERGEBNISSE	105
2.4.2	EINSCHRÄNKUNGEN DER STUDIE	111
2.4.3	AUSBLICK UND EMPFEHLUNGEN FÜR WEITERE STUDIEN	113
2.4.4	EMPFEHLUNGEN AN DIE PRO MENTE WIEN	113
<u>3</u>	<u>ZUSAMMENFASSUNG</u>	<u>116</u>
<u>4</u>	<u>ABSTRACT</u>	<u>119</u>
<u>5</u>	<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>120</u>
<u>6</u>	<u>TABELLENVERZEICHNIS</u>	<u>132</u>
<u>7</u>	<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u>	<u>133</u>
<u>8</u>	<u>ANHANG</u>	<u>134</u>

0 KURZZUSAMMENFASSUNG

Im Auftrag der Geschäftsführung von *pro mente* Wien war das Ziel der Arbeit die Evaluierung der Peerberatung und der Selbsthilfegruppen des nicht-berufsbezogenen Projektes der Selbsthilfeorientierten Projektarbeit. Die Hauptfragestellung der vorliegenden Studie war somit, ob es eine Veränderung der erhobenen relevanten Dimensionen durch die Inanspruchnahme der Angebote Peerberatung und Selbsthilfegruppen gibt. Die Untersuchung erfolgte als quantitative Studie mittels Fragebögen in einem Prä-Post-Design getrennt für Peerberatung und Selbsthilfegruppen, wobei den ProbandInnen der Peerberatung kurze Fragebögen vor der ersten und lange Fragebögen nach der letzten Beratung vorgelegt wurden und den Versuchspersonen in den Selbsthilfegruppen lange Fragebögen sowohl zum ersten Messzeitpunkt als auch nach einem halben Jahr zu einem zweiten Messzeitpunkt. Die erhobenen Dimensionen waren die allgemeine Persönlichkeit mit dem NEO-Persönlichkeitsinventar (NEO-PI-R), die Befindlichkeit mit der Befindlichkeits-Skala (BF-S), die Zufriedenheit mit dem Fragebogen zu Lebenszielen und Lebenszufriedenheit (FLL), die Balance zwischen der Erholung und Belastung mit dem Erholungs-Belastungs-Fragebogen (EBF), die Selbstwirksamkeit mit dem Fragebogen zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), der Selbstwert mit dem Wiener Selbstwerttest (WST), die wahrgenommene soziale Unterstützung mit einer der Skalen Soziale Unterstützung (SSU), sowie zwei Kontrollvariablen, nämlich die Depression mit dem Becks-Depressions-Inventar (BDI) und die Ängstlichkeit in Interaktionen mit dem Interaktions-Angst-Inventar (IAF). Die Stichprobe umfasste erwachsene Personen ab einem Alter von 18 Jahren mit einer psychischen Störung, die eine Peerberatung oder Selbsthilfegruppe in Anspruch nahmen, Ausschlussgründe waren akute primäre Suchterkrankung, strafrechtliche Fragestellungen, sowie intellektuelle Behinderung. Aus der Peerberatung gingen insgesamt 32 Personen in die Studie ein, davon waren 56,3% weiblich und 43,8% männlich. Aus den Selbsthilfegruppen gingen 21 Personen in die Berechnungen ein, die somit die Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten ausfüllten, davon waren 66,7% weiblich und 33,3% männlich. In der Hauptfragestellung zur Peerberatung zeigten sich signifikante Ergebnisse in der Veränderung der Balance von Erholung und Belastung,

sowie der Selbstwirksamkeit. Auch die Befindlichkeit wies eine positive Veränderung auf, das Ergebnis war jedoch knapp nicht signifikant. In den Selbsthilfegruppen zeigte sich in der Hauptfragestellung nur ein signifikantes Ergebnis, es veränderte sich die Zufriedenheit mit den Lebenszielen in die negative Richtung. In der Depression und Ängstlichkeit zeigten sich keine signifikanten Veränderungen. Der Vergleich zwischen den Angeboten zum zweiten Messzeitpunkt zeigte, dass bei Versuchspersonen in den Selbsthilfegruppen die Lebensziele und die Lebenszufriedenheit eher gegeben waren, als bei jenen nach der Peerberatung.

1 THEORETISCHER TEIL

1.1 Einleitung

Im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem findet in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel statt. Personen mit psychischen Störungen werden zunehmend nicht mehr nur als defizitbehaftet angesehen, die auf lebenslange Hilfe angewiesen sind, sondern als selbstbestimmte, unabhängige und mit einer Vielzahl an Ressourcen ausgestattete NutzerInnen dieser Institutionen wahrgenommen. Als bedeutende zugrunde liegende theoretische Modelle sind in diesem Rahmen der Empowerment-Ansatz, sowie das Recovery-Konzept zu nennen, die eine Voraussetzung für die neue Orientierung auch im Bereich der Selbsthilfe darstellen. Selbsthilfe ist in der breiten Bevölkerung vor allem aus dem Suchtbereich bekannt, hier sind im Speziellen die Anonymen AlkoholikerInnen ein Begriff, sie hat sich aber ebenso bei körperlichen Erkrankungen sowie psychischen Störungen etabliert. Ein wachsender Bestandteil der Selbsthilfe wurde im Zuge des Umdenkens im psychiatrischen und psychosozialen Bereich der Peer Support, im Rahmen dessen Psychiatrieerfahrene, die Krisen durchlebt und bewältigt haben, unterstützend und beratend für andere KlientInnen tätig werden. Peerberatungen als Teil dieser Form des Angebotes sind eins zu eins Beratungen, wie sie auch bei *pro mente* Wien, der Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit, seit 2007 im Rahmen des Projektes „Betroffene beraten Betroffene“ zu berufsbezogenen Fragestellungen und seit 2010 im Projekt „Peerberatung“ zu nicht-berufsbezogenen Fragestellungen für Menschen mit psychischen Störungen angeboten werden. Im Auftrag der Geschäftsführung von *pro mente* Wien sollen im Rahmen dieser Diplomarbeit die Peerberatung sowie die Selbsthilfegruppen des nicht-berufsbezogenen Projektes der Selbsthilfeorientierten Projektarbeit evaluiert und die Wirksamkeit der Angebote in Hinblick auf die Befindlichkeit, die Zufriedenheit, die Balance zwischen Erholung und Belastung, den Selbstwert, die Selbstwirksamkeit und die wahrgenommene soziale Unterstützung untersucht werden. Diese Dimensionen werden in einer quantitativen Studie mittels Fragebögen erhoben und die Veränderung der genannten Komponenten durch die Angebote getestet.

1.2 Modelle und theoretische Ansätze

1.2.1 Empowerment

1.2.1.1 Allgemeine Anmerkungen zum Empowermentansatz

In der ursprünglichen Form stellt Empowerment eine Emanzipationsbewegung dar, wie beispielsweise die Black-Power-Bewegung in Amerika, die gegen Diskriminierung kämpft und diese nicht mehr kritiklos hinnehmen möchte. „Empowerment meint also die Zurückgewinnung von Stärke und Einfluss betroffener Menschen auf ihr eigenes Leben und steht für eine Emanzipation der Betroffenen“ (Knuf, 2006, S. 8). Keineswegs sind damit lediglich Menschen mit psychischen Störungen gemeint, dies beinhaltet alle Personen, die Selbstermächtigung und Selbstbefähigung und die Einflussmöglichkeiten auf ihr Leben wieder gewinnen, sich emanzipieren möchten. (Knuf, 2006)

Mit diesen und ähnlichen Begriffen lässt sich Empowerment auch aus dem Englischen übersetzen, nämlich mit Befähigung, Ermächtigung, Mitwirkungsmöglichkeit, Bevollmächtigung, Berechtigung, Bemächtigung, Machtgewinn oder Aktivierung.

Der Empowerment-Ansatz hat sich jedoch in den 90er Jahren unter anderem als bekanntes Konzept in der Psychologie etabliert. Der Begriff wurde in den 80er Jahren von Rappaport (1987) geprägt und verbindet individuelle Gesundheit mit dem sozialen, wie politischen Umfeld. Die seelische Gesundheit wird dabei durch gegenseitige Hilfe gefördert, der Fokus liegt weniger auf den Risikofaktoren, als vielmehr auf den Umgebungsfaktoren und deren Einfluss auf die Person und die sozialen Probleme, die damit in Verbindung stehen. Interventionen, die nach dem Empowerment-Ansatz arbeiten, haben zum Ziel, Wohlbefinden zu fördern, wollen im selben Zug auch Probleme lindern und bieten im Rahmen dessen Bedingungen an, die es ermöglichen sollen, Wissen aufzubauen und Skills zu entwickeln, um Probleme zu meistern. Als Besonderheit ist dabei zu erwähnen, dass ProfessionistInnen, aus welchem Bereich sie auch kommen, nicht als autoritäre ExpertInnen gesehen werden, sondern gleichberechtigt als MitarbeiterInnen mit den Betroffenen zusammenarbeiten. Der

Empowerment-Ansatz ist in den unterschiedlichsten Institutionen zu finden, wie etwa im politischen Bereich, in der Gesellschaftsentwicklung, sowie im Bereich Gesundheitsförderung, in der therapeutischen Arbeit oder im Firmenmanagement (Perkins & Zimmerman, 1995). Unterschieden wird im Rahmen des Empowerments einerseits der Prozess, in dem wie bereits beschrieben, die Partizipation einen wesentlichen Bestandteil darstellt, Ressourcen sollen aktiviert und Skills entwickelt und geübt werden, sowie das Ergebnis, bei dem die Konsequenzen untersucht und die Wirksamkeit der Interventionen mittels Studien gemessen werden. Dabei werden drei Analyseebenen genannt, nämlich die individuelle Ebene, die Organisationsebene und die gesellschaftliche Ebene. (Zimmerman & Warschausky, 1998)

1.2.1.2 Empowerment als psychologischer Prozess

Das persönliche oder psychologische Empowerment ist auf individueller Ebene angesiedelt und wird in Abgrenzung zum Empowerment in Organisationen oder auf gesellschaftlicher Ebene gesehen, wird aber auch wiederum davon beeinflusst, da es sozial eingebettet ist und somit nicht unabhängig von kontextuellen Faktoren gedacht werden kann. Es beinhaltet die Wahrnehmung persönlicher Kontrolle, eine proaktive Lebenseinstellung und ein kritisches Verständnis sozialpolitischer Umstände, stellt somit kein rein intrapsychisches Phänomen dar. (Zimmerman, 1995)

Der Prozess des psychologischen Empowerments umfasst das Erlangen von Kontrolle, die Ressourcenaktivierung und ein kritisches Verständnis des sozialpolitischen Kontextes als fundamentale Aspekte. Partizipation steht im Mittelpunkt bei der Entwicklung von Skills, bei der Verfolgung von Zielen und dem Ausbau von Netzwerken, die soziale Unterstützung bedeuten können. Die Effekte der Intervention als Konsequenz von Empowerment können sehr unterschiedlich sein. Persönliches Empowerment wird als dynamische Variable gesehen, die abhängig ist von der Zielgruppe, an die sich der Ansatz richtet, vom Kontext, in dem Empowerment zum Tragen kommt und von der Zeit, denn Empowerment ist kein statisches Phänomen, sondern kann sich über die Zeit verändern, kann sich vergrößern, aber auch verringern. Empowerment kann somit bei verschiedenen Personen unterschiedlich wirken, manche

KlientInnen können mehr an Empowerment erfahren und umsetzen als andere, im Sinne des dynamischen Aspektes. (Zimmerman, 1995)

Zimmerman (1995) unterteilt das persönliche oder psychologische Empowerment in drei Komponenten, nämlich eine intrapersonelle, eine interaktionale und eine behaviorale Komponente.

Die intrapersonelle Komponente beinhaltet die subjektive Wahrnehmung von Kontrolle, Kompetenz und Wirksamkeit und korreliert infolgedessen negativ mit sozialer Isolation, einem Ohnmachtsgefühl und dem Gefühl von Wert- und Hilflosigkeit. (Zimmerman, 1995)

Die interaktionale Komponente umfasst das Wissen und Verständnis über die Umwelt, Transaktionen zwischen der Umwelt und dem Individuum sind im Vordergrund (Zimmerman & Warschausky, 1998), wobei Ressourcenaktivierung und -mobilisierung im Zentrum stehen. Es sollen Kompetenzen entwickelt werden, um Entscheidungen treffen zu können, Problemlösungsstrategien und Führungsqualitäten auszubilden, wobei die Partizipation der beteiligten Personen als Voraussetzung gesehen wird, um diese Fähigkeiten zu entwickeln. Diese Komponente kann als Brücke zwischen der Kontrollwahrnehmung von Kompetenzen und der Umsetzung dieser Kontrolle und somit der Fähigkeiten fungieren. (Zimmerman, 1995)

Die behaviorale Komponente ist besonders abhängig von der Zielgruppe, da es die Umsetzung des Empowerments bedeutet, konkrete Handlungen sollen gesetzt werden. Betrachtet man zum Beispiel PatientInnen, die gerade aus einer stationären Behandlung in der Psychiatrie entlassen werden, könnten Handlungen, die anschließend gesetzt werden, das Aufsuchen einer Selbsthilfegruppe, Arbeitssuche oder der Versuch, unabhängig zu leben, sein. Für junge Menschen in der Adoleszenz, die gerade eine mittlere Schule beginnen, könnte die behaviorale Komponente den Beitritt zu einem Sportteam oder einer Schülerzeitung umfassen. Allgemein gehalten kann man die behaviorale Komponente als Umsetzung von Coping-Strategien, als Umgang mit Stress oder dadurch charakterisieren, Veränderungen erfolgreich zu meistern. (Zimmerman, 1995)

Menon (1999) stellt in seiner Studie eine Untersuchung zum Empowerment auf individueller Ebene in einem Unternehmen vor, dessen Grundlage er als ein Erleben von

Kontrolle, Selbstwirksamkeit und Erfahrung von Kompetenz beschreibt. Die Stichprobe umfasst Angestellte aus einem Finanzunternehmen. In einer Vorstudie kristallisiert er durch eine Faktorenanalyse drei Faktoren des psychologischen Empowerments heraus, nämlich wahrgenommene Kontrolle, wahrgenommene Kompetenz und die Verinnerlichung von Zielen, die erreicht werden sollen. Diese drei Subskalen korrelieren nun in der Untersuchung an 162 Angestellten negativ mit Zentralisation, aber positiv mit Delegation, Beratungstätigkeit von Seiten des/der Supervisors/Supervisorin, dem individuellen globalen Selbstwert, Einbindung in die Organisation, Arbeitseinbindung und dem individuellen Verhalten in der Arbeitsumgebung.

Durch diese Studie soll verdeutlicht werden, dass Empowerment und speziell das psychologische Empowerment in vielen Bereichen, wie auch zum Beispiel der Arbeitswelt in Firmen eine Rolle spielt und die Partizipation, das Einbeziehen der beteiligten Personen in die jeweiligen Prozesse, in welcher Umgebung sie auch stattfinden, dabei von großer Bedeutung ist. Im Folgenden wird nun auf das Empowerment im Rahmen der Psychiatrie und der sozialen Arbeit als konkreter Anwendungsbereich des Empowerment-Ansatzes näher eingegangen.

1.2.1.3 Empowerment in der psychiatrischen und sozialen Arbeit

Zimmerman und Warschausky (1998) erkennen in der verwendeten Terminologie in Bezug auf NutzerInnen von Rehabilitationseinrichtungen oder bei Menschen mit Behinderungen eine Veränderung. Immer öfters ist dabei von AuftraggeberInnen die Rede, es werden diese Personen also seltener rein defizitbehaftet und abhängig gesehen, sondern als unabhängig und mit Ansprüchen wahrgenommen. Ein Wandel, der auch eines Wandels in der theoretischen Anleitung der Arbeit bedarf. Empowerment wird hier als geeignetes Modell für die Begleitung eines derartigen Prozesses hin zu einem selbstbestimmten unabhängigen Leben gesehen.

„Im Bereich der Psychiatrie steht der Begriff Empowerment für die Zurückgewinnung von Einflussmöglichkeiten Betroffener auf ihr eigenes Leben – sei dies nun durch die Bewältigung der psychischen Erkrankung, durch vermehrte

Mitbestimmung bei der Behandlung und den Behandlungsstrukturen oder durch Einflussnahme auf politischer Ebene“ (Knuf & Seibert, 2000, S. 5).

Im englischsprachigen Raum, speziell in den USA hat sich dieser Ansatz bereits etabliert, auch im deutschsprachigen Raum geht der Trend in die Richtung, psychiatrische Institutionen, aber auch die ambulante Versorgung, nach diesem theoretischen Modell aufzubauen. Selbsthilfe ist dabei ein wichtiges Element, denn Empowerment meint auch aus der Sicht der Betroffenen, eine Rückgewinnung der eigenen Fähigkeiten, Macht und Einfluss in Bezug auf das eigene Leben und die Umwelt wieder zu erlangen. Die professionell Tätigen können jedoch natürlich diesen Prozess fördern und unterstützen, diesen Prozess überhaupt in Gang zu setzen, obliegt aber den Betroffenen selbst. (Knuf & Seibert, 2000)

Im Sinne des Empowerment-Ansatzes wird NutzerInnen-Orientierung immer mehr zum zentralen Element in der psychiatrischen und sozialen Arbeit. Die Bewegung von der Fremdbestimmung weg hin zur Selbstbestimmung macht eine Partizipation, wie sie als bedeutender Bestandteil des Empowerment-Prozesses bereits genannt worden ist, sowie eine Kooperation von ProfessionistInnen und KlientInnen oder PatientInnen notwendig. Eigenverantwortung der Betroffenen stellt eine Voraussetzung, Selbsthilfeorganisationen einen wesentlichen und unabdingbaren Bestandteil dieses Prozesses dar. (Seibert, 2000)

An dieser Stelle sei Knuf (2006) erwähnt, der verdeutlicht, dass dieses Recht der Betroffenen auf Selbstbestimmung aber auch wiederum nicht zur Pflicht der Betroffenen werden soll. Dies ist gerade im Bereich der psychiatrischen und sozialen Versorgung ein wesentlicher Punkt, der im Auge behalten werden sollte, im Sinne einer Verhütung von Überforderung der KlientInnen. Häufig ist bei KlientInnen mit chronifizierten Störungen eine länger andauernde Passivität zu beobachten.

In Zusammenhang damit soll nun auf das sozialpsychologische Konzept der Erlernten Hilflosigkeit von Seligman (1995) eingegangen werden. Seligman (1995) geht dabei davon aus, dass eine Person, die sich in einer Situation befindet, welche sie nicht kontrollieren kann, Hilflosigkeit empfindet. Nimmt diese Person die Unkontrollierbarkeit der Situation wahr und generalisiert sie in weiterer Folge auf andere spätere Situationen, spricht Seligman (1995) von gelernter Hilflosigkeit. Dies ist somit eine

Erfahrung von Demotivation, von Verlust der Kontrolle, mündet in Hilflosigkeit und kann zu Passivität führen. Die Erlernte Hilflosigkeit wird von Seligman (1995) auch als mögliche Ursache von depressiven Störungen diskutiert.

Bei psychiatrischen PatientInnen ist diese Erlernte Hilflosigkeit auch häufig bei psychotisch-erfahrenen Personen zu beobachten. Die wiederholten Erfahrungen, keinen oder nur wenig Einfluss zu haben und einerseits dem Krankheitserleben, später aber vielleicht auch der stationären Behandlung hilflos ausgeliefert zu sein, kann infolgedessen Defizite an Motivation oder im Antrieb nach sich ziehen. Die Handlungsbereitschaft kann deutlich herabgesetzt sein. Hier kann der theoretische Ansatz des Empowerments eine Möglichkeit sein, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sich die KlientInnen nicht mehr hilflos fühlen, wo keine weitere Demoralisierung mehr stattfindet, sondern das Gefühl von Einflussnahme zurückgewonnen werden kann. Der Handlungsspielraum der Betroffenen soll wieder erweitert, Gefühle der Selbstwirksamkeit, also das subjektive Gefühl, Situationen durch eigenes Zutun beeinflussen zu können, sollen aktiviert und ausgebaut werden. (Knuf, 2000a)

Im Rahmen des Empowerments spielen Aufklärung und Information ebenfalls eine wichtige Rolle, um die Betroffenen dazu zu befähigen, selbstbestimmt leben zu können. Dabei muss jedoch sehr sorgfältig darauf geachtet werden, wie die Informationen an die KlientInnen herangetragen werden, ein offener Umgang gerade mit Informationen über die Diagnose ist unabdingbar, sowohl ein Zuviel, als auch ein Zuwenig, genauso wie unverständliche Informationen können wiederum Hilflosigkeit erzeugen, da sie Verunsicherung mit sich tragen. Psychoedukative Gruppen können hier beispielsweise Abhilfe schaffen, wenn sie als kooperative Instrumente zwischen den ProfessionistInnen und den KlientInnen angewendet werden. Ein Austausch in der Gruppe kann einer Verunsicherung und somit dem Gefühl der Hilflosigkeit entgegenwirken. (Knuf, 2000b; Knuf, 2006) Ein wichtiger Schritt im Rahmen des Empowerments, der auch eng verbunden ist mit Information, ist die Akzeptanz der Störung, da dies eine Voraussetzung für die Genesung darstellt. Die Selbsthilfe kann als Modell für eine positive Auseinandersetzung mit der Störung fungieren. (Knuf, 2006)

Die Peerberatung als Spezialangebot im Bereich der Selbsthilfe wäre sogar ein weiterer Schritt, nämlich der, sich mit der Störung nicht mehr zu verstecken, da sich die

BeraterInnen bewusst als Betroffene zur Hilfestellung entscheiden und die Beratungen in diesem Sinne auf dem gemeinsamen Erfahrungshintergrund aufbauen.

1.2.1.4 Empowerment in Selbsthilfegruppen (SHG)

Empowerment als dynamische Variable ist von drei Faktoren abhängig, nämlich der Zielgruppe, an die sich Empowerment richtet, dem Kontext, in dem der Prozess des Empowerments stattfinden soll und die Zeit. Im Rahmen von SHG kommen beispielsweise in den Bereichen der drei Komponenten des persönlichen oder psychologischen Empowerments, nämlich der intrapersonellen, der interaktionalen und der behavioralen, unterschiedliche Anteile zum Tragen. Die intrapersonelle Komponente wird bei SHG vor allem persönliche Kontrolle, aber auch interpersonelle Kontrolle oder wahrgenommene Kompetenzen in Bezug auf den Umgang mit Problemen beinhalten. Problemlösungs- sowie Coping-Strategien werden Teil der interaktionalen Komponente sein, während sich die behaviorale Komponente aus der Übernahme von leitenden Rollen, Einbindung von anderen Gruppenmitgliedern und diesen helfend zur Seite zu stehen, zusammensetzen wird. Der Kontext, in dem Empowerment als theoretisches Konzept zur Anwendung kommt, ist also von großer Bedeutung, da jeweils andere Aspekte der Komponenten zum Tragen kommen und somit Wichtigkeit haben. (Zimmerman, 1995)

1.2.1.5 Empowerment, Selbstwirksamkeit und Selbstwert

Abschließend soll an dieser Stelle noch auf Empowerment in Zusammenhang mit den Begriffen Selbstwirksamkeit und Selbstwert diskutiert werden. Diese scheinen in ihrer Bedeutung ähnliche Konstrukte zu sein.

Die Selbstwirksamkeit ist nach Bandura (1997) eine Effizienzerwartung. Dies meint die subjektive Wahrscheinlichkeit, mit der eine Person davon ausgeht, imstande zu sein, ein bestimmtes Verhalten in einer bestimmten Situation auszuführen, um damit

erwartete Folgen bewirken zu können. Zentral sind Fähigkeiten und Fertigkeiten und das Wissen darüber, was in welcher Situation eine adäquate Aktion oder Reaktion darstellt. Doch die Selbstwirksamkeit geht darüber hinaus, diese Kompetenzen auf kognitiver, sozialer, emotionaler oder der Verhaltensebene müssen gebündelt, organisiert und in weiterer Folge auch instrumentalisiert werden. Hier spielt die Überzeugung einer Person, über welche Fähigkeiten und Fertigkeiten sie in unterschiedlichen Situationen verfügt, eine entscheidende Rolle. So können Personen, die dieselben Kompetenzen haben, unter verschiedenen Umständen auch verschieden handeln, abhängig von ihrer Selbstwirksamkeit, von ihrer Effizienzerwartung in Bezug auf ihre Fähigkeiten. Selbstzweifel beispielsweise können die Selbstwirksamkeit negativ beeinflussen.

Der Selbstwert als Teil des Selbstkonzepts wird in der Literatur in zahlreichen Konsistenztheorien diskutiert, denen gemeinsam ist, dass Inkonsistenzen zwischen Selbstaspekten vermieden werden sollen, da diese eine Selbstwertminderung zur Folge haben und Konsistenzen und somit ein positiver Selbstwert anzustreben ist. Auf balancetheoretischer Basis ergibt sich der Selbstwert einerseits durch die Selbstwertung einer Person, bei der sich diese Eigenschaften, die sowohl positiv als auch negativ sein können, zuschreibt, als Durchschnitt dieser Bewertungen und andererseits durch die wahrgenommene Bewertung durch andere. (Herkner, 2004)

Sowohl die Selbstwirksamkeit als auch der Selbstwert sind Teile des Selbstkonzepts, Bandura (1997) trifft dahingehend die Unterscheidung zwischen diesen beiden Konstrukten, dass die Selbstwirksamkeit mit Kompetenzen und der Effizienzerwartung dieser in Verbindung steht, beim Selbstwert aber die Bewertung im Vordergrund ist. Eine Person kann sich als kompetent und selbstwirksam in Bezug auf eine Fähigkeit erleben, jedoch keinen Stolz darüber empfinden, infolgedessen steigt der Selbstwert nicht. In gleichem Maße kann eine Person in einer Situation nicht kompetent auftreten, da sie jedoch ihren Selbstwert nicht über diese benötigte Fähigkeit in der bestimmten Situation definiert, verringert sich dieser auch nicht. Selbstwirksamkeit und Selbstwert im Rahmen des Empowerment-Ansatzes können somit als Teil der intrapersonellen Komponente gesehen werden. Der Selbstwert korreliert auch positiv mit dem persönlichen Empowerment, es sei aber angemerkt, dass auch Personen, die

über einen geringen Selbstwert verfügen, Charakteristika einer Person, bei der der Empowerment-Ansatz Wirkung zeigt, aufweisen können. (Zimmerman, 1995)

1.2.2 Empowerment in Abgrenzung zum Salutogenese-Ansatz von Aaron Antonovsky

Antonovsky (1997) zeichnet in seinem Salutogenese-Ansatz ein Bild von Gesundheit und Krankheit, in dem diese nicht als Dichotomie gesehen werden, sondern er siedelt Gesundheit wie Krankheit auf einem Kontinuum an. „Der salutogenetische Ansatz sieht vor, daß wir die Position jeder Person auf diesem Kontinuum zu jedem beliebigen Zeitpunkt untersuchen“ schreibt Antonovsky (1997, S.23). Er betrachtet Menschen somit zu jeder Zeit im Laufe ihres Lebens als mehr oder weniger gesund und auch mehr oder weniger krank. Gesundheit und Krankheit schließen sich in seinem Ansatz nicht aus, beides ist immer mehr oder weniger vorhanden, der Mensch befindet sich auf einem multidimensionalen „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“, wie es Antonovsky (1997) bezeichnet. Die Frage, die sich nun in weiterer Folge für den Autor stellt, ist die, welche Faktoren es bewirken können, dass eine Person näher hin zum gesunden Ende des Kontinuums rückt, wobei die Konzentration auf den Ressourcen liegt, nicht jedoch auf Risikofaktoren. Es geht nicht um die Reduktion von Stressoren, da laut Antonovsky (1997) Stressoren immer und überall vorhanden sein können, sondern um Coping-Strategien, über die Personen verfügen, um mit diesen Stressoren umgehen zu können. Antonovsky (1997) verwendet dafür die Metapher des Flusses.

„...meine fundamentale philosophische Annahme ist, daß der Fluß der Strom des Lebens ist. Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, daß ein Großteil des Flusses sowohl im wörtlichen wie auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluß, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: ‚Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluß befindet, dessen Natur von

historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?“

(Antonovsky, 1997, S.92)

Antonovsky (1997) konzentriert sich somit in seinen Forschungsfragen auf jene Faktoren, die bewirken, dass Personen, trotzdem sie Risikofaktoren ausgesetzt sind, gesund bleiben. Copingmechanismen stehen für ihn im Zentrum des Interesses.

Darauf aufbauend entwickelt er sein Konzept des Kohärenzgefühls (Sense of Coharencence, SOC) mit den zentralen Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit.

„Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“

(Antonovsky, 1997, S.36)

Die drei Komponenten können unterschiedlich ausgeprägt sein und je nach Ausprägung kann das Konzept kohärent oder inkohärent sein oder eine Veränderung in eine der beiden Richtungen vorliegen. Bedeutsamkeit als motivationale Komponente scheint am wichtigsten zu sein, da diese der Motor für weitere Handlungen ist, gefolgt von der Verstehbarkeit, diese stellt dann wiederum die Voraussetzung für die Handhabbarkeit dar. Allerdings sei angemerkt, dass Antonovsky (1997) betont, dass alle drei Komponenten als Ganzes für erfolgreiches Coping verantwortlich sind. Das Kohärenzgefühl kann als steuernde Instanz betrachtet werden, inwieweit Personen

dazu in der Lage sind, Copingstrategien zu entwickeln oder sich auch gezielt für gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu entscheiden.

Das Kohärenzgefühl entwickelt sich laut Antonovsky (1997) in der Kindheit und Jugend, ist bis zu einem Alter von etwa 30 Jahren ausgebildet und wird von da an vom Autor als relativ stabil angesehen. Relativ stabil deshalb, weil Antonovsky (1997) sehrwohl die Komplexität und Dynamik des Kohärenzgefühls verdeutlicht, weswegen er Veränderungen im Erwachsenenalter durchaus als möglich erachtet, diese allerdings mit Anstrengung und hohem Arbeitsaufwand verbunden sieht, wie dies etwa bei Inanspruchnahme einer Psychotherapie der Fall wäre.

Diese Betrachtung in Bezug auf das Erwachsenenalter und die Möglichkeit der Veränderung des Kohärenzgefühls mutet an sich negativ an, vor allem in Hinblick auf psychische Störungen. Eine Gemeinsamkeit mit dem Empowerment-Ansatz, der optimistischer scheint, zeigt sich daher nicht auf den ersten Blick, da dieser davon ausgeht, dass Menschen mit psychischen Störungen, die auch im Erwachsenenalter hinlänglich gefördert werden, wieder selbstbestimmt leben können, die Möglichkeit einer Veränderung wird somit als gegeben angesehen. Allerdings sei auch betont, dass Antonovsky (1997) diese keineswegs gänzlich ausschließt, er räumt lediglich ein, dass harte Arbeit dafür nötig sei. Eine Verschiebung hin zu einem stärkeren Kohärenzgefühl kann möglich sein, was in weiterer Folge wiederum bedeutet, dass Personen, die über ein stärkeres Kohärenzgefühl verfügen, eher Copingmechanismen entwickeln und aktivieren können und Situationen eher erfolgreich meistern, da diese Personen überzeugt sind, Situationen, auch wenn sie schwierig erscheinen, handhaben zu können. Diese Betrachtungsweise zeigt Parallelen mit der Theorie der Selbstwirksamkeit von Bandura (1977) auf, wie auch Antonovsky (1997) selbst anmerkt und da Selbstwirksamkeit als Teil des Empowerments diskutiert wird, kann dies als Gemeinsamkeit der Ansätze gesehen werden. Gemeinsam ist beiden Ansätzen auch die Konzentration auf die gesunden Anteile einer Person und die Ressourcenorientierung. Salutogenese kann somit als theoretisches Grundkonzept in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung und daher auch in Bereichen, in denen nach dem Empowerment-Ansatz gearbeitet wird, gesehen werden, die Orientierung weg von der Pathogenese, hin zur Salutogenese.

1.2.3 Empowerment in Abgrenzung zum Recovery-Ansatz

Der Recovery-Ansatz stellt kein einheitliches Konzept dar und ist auch aus der Literatur heraus schwierig zu definieren. Aus dem Englischen lässt sich Recovery mit den Begriffen Erholung, Besserung, Aufschwung, Genesung, Wiederherstellung, Rückgewinnung, Wiedergewinnung oder Gesundung übersetzen. Erholung oder Genesung im Rahmen des Recovery-Ansatzes meint jedoch keineswegs Symptombefreiheit. Knuf (2009, S. 34) beschreibt Recovery wie folgt: „Recovery ist vielmehr ein Prozess der Auseinandersetzung des Betroffenen mit sich selbst und seiner Erkrankung. Dieser Prozess führt dazu, dass der Betroffene trotz seiner psychischen Probleme in der Lage ist, ein zufriedenes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen.“

Auch Amering und Schmolke (2007, S.97) definieren Recovery ähnlich: „Für eine Definition lässt sich zusammenfassen, dass Recovery-Konzepte die Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle heraus hin zu einem selbstbestimmten, sinnerfüllten Leben beschreiben. Es handelt sich dabei meist um individuell fortlaufende Prozesse, die sich an für die einzelnen betroffenen Menschen wesentlichen Werten und Zielen orientieren.“

Recovery hält also eine Gesundung einerseits für möglich, betont aber, dass Gesundung nicht gleichzusetzen ist mit Symptombefreiheit, sondern die Frage ist, wie Personen mit psychischen Störungen so gut wie möglich mit der Störung leben können und somit ein selbstbestimmtes und zufriedenes Leben führen.

Die ersten Vertreter des Recovery-Ansatzes waren Betroffene, die nach der klassischen Psychiatrie als chronisch krank angesehen wurden, die sich aber mit ihrem Schicksal, das ihnen vorhergesagt worden war, nämlich ein Leben lang Medikamente zu nehmen, den Beruf nicht mehr ausüben zu können und auf Hilfe angewiesen zu sein, nicht abfanden. (Knuf, 2004) So zeigen auch Studien des National Empowerment Center, dass PatientInnen auch von schweren psychischen Störungen geheilt werden können, wie zum Beispiel von Schizophrenie, und auch wieder bedeutende Rollen in der Gesellschaft übernehmen und ein selbstständiges Leben führen können. (Fisher & Ahern, 2011)

Fisher (2011) stellt auch fest, dass Menschen mit psychischen Störungen häufig von Diskriminierung, Hilflosigkeit und Isolation betroffen sind. Der Recovery-Ansatz macht es sich hier auch zur Aufgabe, dagegen anzukämpfen und die Betroffenen dazu zu ermutigen, die Isolation zu überwinden, zu versuchen, am gesellschaftlichen Leben wieder teilzunehmen, aber auch auf gesellschaftlicher Ebene aktiv zu werden. Dazu gehört ebenfalls, das Bild von Menschen mit psychischen Störungen in der Gesellschaft zu verändern, von einem chronifizierten Bild von Menschen, die ein Leben lang auf Hilfe von außen angewiesen sind, hin zu einem positiven Bild, das Unabhängigkeit und Verantwortung beinhaltet. Der Autor spricht hier auch von einem sozialen, neben dem individuellen Empowerment der Betroffenen.

Recovery und Empowerment sind somit eng verbunden, Empowerment der betroffenen KlientInnen wird auch als Basis des Recovery-Konzepts angesehen, da im Rahmen dessen eine Zusammenarbeit zwischen KlientInnen und ProfessionistInnen angestrebt und gefördert wird. (Amering & Schmolke, 2007) „Die Entwicklung von Selbsthilfe und Selbstbestimmung sind natürlich kein Selbstzweck, sondern sie haben das Ziel, dem Betroffenen eine positive Auseinandersetzung mit seiner Erkrankung zu ermöglichen. Empowerment dient damit dem Recovery.“ (Knuf, 2004; S.3)

Als treibende Kraft in diesem Ansatz findet sich immer wieder der Begriff Hoffnung in der Literatur, wobei hier betont werden soll, dass es sich nicht um eine falsche unrealistische Hoffnung auf Heilung in allen Fällen handelt, sondern Hoffnung als Zuversicht und Vertrauen auf Veränderung zu verstehen ist, wodurch eine Bandbreite an Handlungsmöglichkeiten bei den KlientInnen eröffnet werden soll. Gleichzeitig betont aber vor allem Knuf (2004), dass der Recovery-Ansatz nicht als Ersatz für die Methoden der klassischen Psychiatrie verstanden werden darf, sondern vielmehr als Ergänzung. Die Symptomreduktion und das Krisenmanagement, genauso wie die in einigen Fällen nötige Langzeiteinnahme von Medikamenten, stellen häufig erst die Voraussetzung für Recovery-Prozesse dar, da nur so erst eine Auseinandersetzung mit der Störung und den damit verbundenen Erfahrungen von Seiten der Betroffenen stattfinden kann. Im Rahmen des Recovery-Prozesses wird dann eine positive Bewältigung der Störung als Möglichkeit häufig sogar das erste Mal angesprochen, wie beispielsweise in Psychoseseminaren, die in weiterer Folge hier noch kurz beschrieben werden.

1.3 pro mente Wien

1.3.1 Allgemeine Beschreibung der Institution

Die Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit, *pro mente* Wien, wurde im Jahr 1965 durch Prim. Univ. Doz. Dr. Raoul Schindler unter dem Namen *pro mentis infirmis* gegründet, was so viel bedeutet wie, „für die in ihrer Geistigkeit Ungeschützten“. Der Beginn und somit das Kernstück, das bis heute den bedeutendsten Teil der Institution darstellt, war die sogenannte „Pflegschaftshilfe“, die heute unter dem Namen „Sozialbegleitung“ geführt wird. (Pawlowsky, 2007)

Im Jahr 2011 gliedert sich die Organisationsstruktur bei *pro mente* Wien in die Bereiche „Soziale Integration“, „Betreutes Wohnen“, „Arbeitsintegration“, „Atelier Sonnensegel“, „Selbsthilfeorientierte Projektarbeit“ und das Projekt „Atempause“, sowie *pro mente* reha. (*pro mente* Wien, <http://tinyurl.com/promentewien-organisation>, 15.06.2011) *pro mente* Wien versteht sich als ein Angebot für Menschen mit psychischen Störungen abseits von stationären Einrichtungen und bietet soziale Integration in den genannten Bereichen, fördert Selbsthilfe und ermöglicht Begleitung in Krisensituationen, sowie Information, Prävention und Rehabilitation im sozialen, psychologischen, medizinischen und wirtschaftlichen Bereich. Die gemeinnützige Gesellschaft handelt konfessionell ungebunden und politische unabhängig und tritt in der Öffentlichkeit für mehr Akzeptanz von Menschen mit psychischen Störungen ein. (*pro mente* Wien <http://tinyurl.com/promentewien-leitbild>, 15.06.2011)

1976 wurde der Dachverband *pro mente austria* gegründet, dem auch die *pro mente* Wien angehört und unter dem Institutionen, die Unterstützung der psychischen und sozialen Gesundheit anbieten, vereint sind. (*pro mente austria*, <http://tinyurl.com/promenteaustria>, 15.06.2011)

1.3.2 Selbsthilfeorientierte Projektarbeit

Da sich die vorliegende Arbeit mit der Evaluation eines Teils der Selbsthilfeorientierten Projektarbeit befasst, soll an dieser Stelle dieser Bereich von *pro mente* Wien genauer beschrieben werden.

Die Selbsthilfeorientierte Projektarbeit von *pro mente* Wien gibt es seit dem Jahr 1990 und arbeitet nach dem Empowerment-Ansatz. Erfahrungsaustausch und daraus resultierende Selbstbefähigung stehen im Vordergrund. Zunächst umfasste sie lediglich die SHG für Menschen mit psychischen Störungen, nämlich unterteilt nach den Themen „Angst und Depression“, „Bipolare Sturzflieger“, „Stimmen hören“, „Sozialphobie“, und „Alkohol“. (Pawlowsky, 2007)

1.3.2.1 Betroffene beraten Betroffene

2007 wurde ein neues Projekt gestartet, mit dem Namen „Betroffene beraten Betroffene“, ein berufsbezogenes Angebot für Menschen, die aufgrund einer psychischen Krise Probleme am Arbeitsplatz haben oder durch die Arbeit in eine psychische Krise geraten sind, den Arbeitsplatz dadurch verloren haben und sich auf Arbeitssuche befinden. Es gliedert sich in Peerberatung, Mentoring und SHG, die themenspezifisch neu gegründet wurden. (Wagner & Ballauf, 2008)

Das übergeordnete Ziel dieses Projektes ist die Integration in den Arbeitsmarkt, unterteilt in Arbeitsplatzterlangung und auch Arbeitsplatzsicherung. Der Empowerment-Ansatz kommt zum Tragen durch die Vorgangsweise in den Beratungen, durch die Eckpunkte Wissenserhöhung, Haltungsänderung und Erhöhung der Handlungskompetenz der KlientInnen. (Bundessozialamt, 2009)

„Das Besondere an diesem Projekt ist, dass es auf Selbsthilfee Erfahrungen basiert (Hilfe zur Selbsthilfe), den betroffenen Ratsuchenden einen diagnosefreien Zugang bietet, und es sich bei den beratenden Peers ausschließlich um Betroffene oder ehemals Betroffene handelt.“

(Wagner & Ballauf, 2008; S.3)

An dieser Stelle sei erwähnt, dass für das weiterführende zu evaluierende Projekt nur die Peerberatung und die SHG von Bedeutung sind, weshalb auf eine genaue Erläuterung des Mentorings verzichtet wird.

In Abgrenzung zu den bereits bestehenden SHG werden arbeitsbezogene Gruppen zu den Themen „Angst und Depression“, „Sozialphobie“ und „Burnout“ gegründet, deren vorrangiges Ziel die Förderung der beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Störungen darstellt. (Wagner & Ballauf, 2008)

Die Qualitätssicherung ist durch Treffen der PeerberaterInnen und der Projektleitung einmal im Quartal, durch monatliche Steuergruppentreffen aller Peers im Projekt, Supervision für PeerleiterInnen und SHG-LeiterInnen, sowie regelmäßige Fortbildungen, die sich an den Problemstellungen der KlientInnen orientieren und insgesamt 15 Fortbildungstage im Jahr für das gesamte Projekt umfassen, gewährleistet. (Wagner & Ballauf, 2008)

1.3.2.2 Peerberatung

Durch das berufsbezogene Projekt „Betroffene beraten Betroffene“ hat sich der Bedarf an Unterstützung auch in Bezug auf nicht-berufsbezogene Fragestellungen gezeigt, wodurch infolgedessen eine Peerberatung für Menschen mit psychischen Störungen im Allgemeinen angedacht wurde. Diese KlientInnen empfinden nämlich oft scheinbar unüberwindbare Hürden professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, häufig verbunden mit dem noch immer weit verbreiteten Phänomen der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen in der Bevölkerung. Jene Zielpopulation soll durch das nicht-berufsbezogene Projekt „Peerberatung“ angesprochen und dadurch der Weg

hin zur Inanspruchnahme von Hilfestellungen geebnet werden, da hier vielleicht die Barriere etwas geringer erscheint. 2010 startete dieses neue Angebot im Rahmen der Selbsthilfeorientierten Projektarbeit und umfasst die Peerberatung, sowie die Weiterführung und eventuelle Verweisung auf die bestehenden SHG. (Wagner & Hopfgartner, 2009)

„Der Beratungsschwerpunkt bezieht sich auf den Umgang mit der psychischen Erkrankung und ihren sozialen Implikationen im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe, Mobilisierung vorhandener Ressourcen, und Empowerment mit dem Ziel auf Basis erfahrener ‚Selbstwirksamkeit‘ den Grad der ‚Selbstständigkeit‘ und ‚Selbstbestimmtheit‘ sowie der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und damit der Lebensqualität zu erhöhen.“

(Wagner & Hopfgartner, 2009; S.4)

Die vorrangigen Ziele der Peerberatungen sind somit Entlastung, Erfahrungsaustausch, aber auch Information, daraus resultierende Orientierung und Motivierung im Sinne der Selbstwirksamkeit. Außerdem soll eine Weiterverweisung in eine Selbsthilfegruppe als geeignetes Angebot überlegt werden. (Wagner & Hopfgartner, 2009)

Die Zielgruppe für die Peerberatung stellen erwachsene Personen ab einem Alter von 18 Jahren mit einer psychischen Störung mit Wohnsitz in Wien dar. Ausschlussgründe sind somit Kinder und Jugendliche, KlientInnen mit einer akuten primären Suchterkrankung, sowie jene mit strafgerichtlichen Fragestellungen. Akutsituationen sind kein Ausschlussgrund, jedoch soll unmittelbar professionelle Hilfe hinzugezogen werden. (Wagner & Hopfgartner, 2009)

Die Qualitätssicherung ist durch Gruppensupervision für PeerberaterInnen und SHG-LeiterInnen, sowie im Bedarfsfall auch durch Einzelsupervision und regelmäßige Fortbildungen gewährleistet. (Wagner & Hopfgartner, 2009)

Die zu behandelnden Fragestellungen und die damit verbundenen Diagnosen decken sich weitgehend mit den Themen der bestehenden SHG und gliedern sich somit in die Bereiche Angst, Depression, Bipolare Störung, Psychose, Panikattacken,

Schizophrenie, Stimmen hören, sekundärer Alkoholabusus, Burnout, Essstörungen, Ernährung und Bewegung. (Wagner & Hopfgartner, 2009)

Da im Rahmen der Studie sowohl Peerberatung als auch die SHG des nicht-berufsbezogenen Projektes evaluiert werden sollen, werden im Folgenden die Störungsbilder angelehnt an die Themen der SHG näher erläutert. Um die diagnostische Einordnung darzustellen wird das gängige Klassifikationssystem ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010) der WHO verwendet, in dem die psychischen Störungen unter Kapitel F zu finden sind.

1.4 Störungsbilder

1.4.1 Stimmen hören

Stimmen hören ist eine Form der akustischen Halluzination, die mit verschiedensten psychischen Störungen einhergehen kann, die psychotische Symptome ausweisen können, ist also keineswegs gleichzusetzen mit der Diagnose Schizophrenie. Beide großen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV erkennen Stimmen hören als alleiniges Symptom nicht als ausreichend für eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis an. (Bock, 2005; Katschnig, 2005a) „Akustische Halluzinationen kann es geben bei schizophrenen Psychosen, dissoziativen Störungen, Depressionen, Manien, Altersverwirrtheit, Alkoholismus und bei anderen exogenen Einflüssen oder Reizungen“ (Bock, 2005, S.22).

Da jedoch der höchste Prozentsatz der Betroffenen, die Stimmen hören, eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis aufweist (Wiedl, 2005) und die Selbsthilfegruppe bei *pro mente* Wien, die den Titel „Stimmen hören“ trägt, für alle KlientInnen mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis offen ist, soll im Folgenden auf diese Störungen näher eingegangen und Stimmen hören an dieser Stelle als Symptom dieser Störungen gesehen werden.

Die Schizophrenie ist die häufigste Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis und wurde zum ersten Mal von Emil Kraepelin (1899) umschrieben und

von ihm als „Dementia praecox“ bezeichnet. Eugen Bleuler (1911) prägte später den Begriff der Schizophrenie.

Im Klassifikationssystem findet man die Schizophrenie in Kapitel F Abschnitt 2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen. Die Schizophrenie als häufigste Störung dieser Gruppe ist gekennzeichnet durch Wahrnehmungs- und Denkstörungen, wobei hier formale und inhaltliche Denkstörungen unterschieden werden, sowie Störungen des Bewusstseins und Affektverflachung. Innerhalb der Symptome werden negative und positive aufgelistet, die jedoch keine Dichotomie darstellen, sondern durchaus gemeinsam auftreten können. (Dilling et al., 2010)

Zur Positivsymptomatik zählen Halluzinationen, Wahn, Zerfall der Assoziationen, Denkzerfahrenheit und bizarres Ausdrucksverhalten. Die Negativsymptomatik ist gekennzeichnet durch emotionale Verflachung oder Affektverarmung, Asozialität und Kontaktmangel, Apathie und Einbuße an Initiative, Aktivitätsminderung, sowie Verlangsamung kognitiver Prozesse und Sprachverarmung. (Rey, 2006)

Akustische Halluzinationen treten sehr häufig auf und werden in Form von Stimmen vernommen, die das Handeln der Person kommentieren, sie können oft nicht klar identifiziert oder räumlich lokalisiert werden. Manchmal werden sie von den betroffenen Personen auch als Dialoge wahrgenommen, die Stimmen führen dabei Unterhaltungen über die Person. Es werden auch imperative Stimmen beschrieben, diese sind jedoch eher bei hirnorganischen Erkrankungen zu finden. (Katschnig, 2005)

Der Verlauf einer Schizophrenie ist nicht zwangsläufig chronisch, es kann auch zu vollständiger oder fast vollständiger Heilung kommen. Die Geschlechterverteilung ist in etwa gleich, wobei anzumerken ist, dass bei Frauen die Störung tendenziell später auftritt als bei Männern. (Dilling et al., 2010)

Die schizotype Störung beinhaltet exzentrisches Verhalten und Anomalien im Denken und der Stimmung, weist jedoch keine eindeutigen Symptome einer Schizophrenie auf. (Dilling et al., 2010)

Bei der anhaltenden wahnhaften Störung stellt der Wahn das einzige Symptom dar, dieser ist aber langandauernd. (Dilling et al., 2010)

Im Bereich der akuten vorübergehenden psychotischen Störung gibt es keine eindeutige Darstellung, sie ist aber gekennzeichnet durch einen akuten Beginn und typische Symptome, die mit akuter Belastung in Verbindung stehen. (Dilling et al., 2010)

Die induzierte wahnhafte Störung kommt sehr selten vor und wird diagnostiziert, wenn wahnhafte Störungen von Personen mit engen emotionalen Bedingungen geteilt werden, wobei eine Person tatsächlich eine psychotische Störung aufweist, bei der anderen Person der Wahn induziert wird und verschwindet, sobald eine Trennung der beiden Personen erfolgt. (Dilling et al., 2010)

Die schizoaffective Störung ist eine episodische Störung, bei der sowohl affektive als auch schizophrene Symptome gleichzeitig auftreten können, keine der beiden Störungen jedoch aufgrund überwiegender Symptomatik alleine diagnostiziert werden kann. (Dilling et al., 2010)

1.4.2 Bipolare Sturzflieger

In der Selbsthilfegruppe „Bipolare Sturzflieger“ treffen die KlientInnen andere Betroffene, die ebenfalls Erfahrung mit einer bipolaren Störung haben. Die bipolare Störung ist im Klassifikationssystem ICD-10 im Kapitel F3 affektive Störungen zu finden und ist gekennzeichnet durch sich abwechselnde Episoden von Manien oder Hypomanien und Depressionen. Angelehnt an diesen Verlauf lässt sich auch der Name der SHG ableiten.

Die bipolare Störung manifestiert sich zumeist zu Beginn des dritten Lebensjahrzehnts, ist aber häufig bereits in der Adoleszenz ab dem 15. Lebensjahr zu beobachten, es wird außerdem eine überzufällige familiäre Häufung diskutiert. Weiters werden keine Geschlechtsunterschiede im Auftreten der Störung berichtet. Sie ist gekennzeichnet durch eine Abwechslung von Episoden, die voneinander abgrenzbar sind und entweder manisch, hypomanisch oder depressiv oder auch gemischt sind. Die Diagnose erfolgt nach dem aktuellen psychopathologischen Zustand, sowie einer genauen Anamnese des bisherigen Krankheitsverlaufs. (Assion, 2006)

Die Episoden müssen eine bestimmte Dauer erreichen, bei einer Manie liegt das Kriterium bei wenigstens einer Woche, die Manie dauert in der Regel zwischen zwei Wochen und vier bis fünf Monaten, die Depression für gewöhnlich etwas länger, im Durchschnitt etwa sechs Monate. (Dilling et al., 2010)

Die Manie ist gekennzeichnet durch Symptome auf der Kognitions-, Emotions-, Wahrnehmungs- und Verhaltensebene (Assion, 2006) und muss so schwerwiegend sein, „...um die berufliche und soziale Funktionsfähigkeit mehr oder weniger vollständig zu unterbrechen“ (Dilling et al., 2010, S. 143). Die Symptome umfassen „gehobene oder gereizte Stimmung, übersteigertes Selbstwertgefühl, gesteigerte Betriebsamkeit, Rededrang (Logorrhoe), Ideenflucht, vermindertes Schlafbedürfnis, erhöhte Ablenkbarkeit, Aktivitäten mit möglicherweise nachteiligen Konsequenzen“ (Assion, 2006, S. 61). Im ICD-10 wird zusätzlich noch die Unterscheidung zwischen einer Manie mit oder ohne psychotischen Symptomen angeführt. Die Hypomanie wird in ihrer Ausprägung leichter als die Manie beschrieben. (Dilling et al., 2010)

Die Symptome können problematisch werden, wenn beispielsweise die gehobene Stimmung in starke Reizbarkeit umschlägt. Ein Stimmungswechsel im Allgemeinen, von normaler zu pathologischer Stimmung, wird in der Regel von den Betroffenen selbst nicht bemerkt. Das unkritische Selbstvertrauen, die übermäßige Geselligkeit, bei der wahllos Personen aus der Umgebung in Handlungen einbezogen werden, können zu sozialen Auffälligkeiten bis hin zu Desintegration führen. Durch das großartig-grandiose Selbsterleben und die Überzeugung, über außergewöhnliche Fähigkeiten und Fertigkeiten zu verfügen, besteht auch häufig die Gefahr von selbstschädigendem Verhalten. (Assion, 2006)

Das Auftreten beider Arten von Episoden, also manische oder depressive Episoden, geht häufig mit belastenden Lebensereignissen einher. (Dilling et al, 2010)

An dieser Stelle sei noch die Zykllothymia erwähnt, sie wird im ICD-10 unter den anhaltenden affektiven Störungen klassifiziert. Da sie jedoch ebenfalls durch wechselnde Episoden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung charakterisiert ist, sei sie hier dargestellt. Die Besonderheit ist eben die leichte Ausprägung der Perioden und die anhaltende Instabilität der Stimmung. (Dilling et al., 2010)

Die depressiven Episoden im Rahmen einer bipolaren Störung decken sich in der Symptomatik mit jenen der depressiven Störung und diese werden im folgenden Unterkapitel genauer erläutert.

1.4.3 Depression

„Fast jeder Mensch erlebt hin und wieder vereinzelte depressive Symptome wie Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Antriebslosigkeit, z.B. im Zusammenhang mit belastenden Ereignissen, Erkrankungen oder sozialen Stresssituationen. Von einer behandlungsbedürftigen depressiven Störung spricht man allerdings erst, wenn die Symptome eine bestimmte Zeitdauer und Intensität überschreiten“ (Beesdo & Wittchen, 2006, S. 732).

Eine depressive Störung ist eine emotionale Störung, die mindestens zwei Wochen andauert und von trauriger Verstimmung, Interessensverlust und Antriebslosigkeit gekennzeichnet ist und die emotionale, kognitive, physiologische, motorische, sozial-interaktive und verhaltensbezogene Ebene betrifft. (Beesdo & Wittchen, 2006; Travers, 1998)

Die Leitsymptome der depressiven Episode in der jeweiligen Ausprägung sind gedrückte Stimmung, Interessensverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit, da bereits Routinetätigkeiten oder nur kurz andauernde Tätigkeiten zu Ermüdung führen, was zur Folge haben kann, dass selbst der Alltag nur mit Mühe bewältigt werden kann. Die Betroffenen reagieren nicht mehr auf die jeweiligen Lebensumstände, es erfolgt ein Verlust der affektiven Resonanz, das Denken ist verlangsamt, die Aufmerksamkeitsspanne vermindert. Entscheidungsunfähigkeit kann vorliegen, das Grübeln steht im Vordergrund, unangenehme Denkinhalte, welche wiederholt verbalisiert werden, sind Kennzeichen einer depressiven Episode. Das Interesse an der Umwelt geht verloren und da die Anforderungen oft nicht mehr erfüllt werden können, sind Schuldgefühle eine häufige Folge. Die Betroffenen machen sich Selbstvorwürfe, was mit negativer Selbsteinschätzung und somit einem mangelnden Selbstwert einhergehen kann. Tagesschwankungen sind in vielen Fällen zu beobachten, wie beispielsweise das Morgentief. (Dilling et al., 2010; Travers, 1998)

Zu den somatischen Symptomen zählen vor allem die Schlafstörungen, wie Ein- und Durchschlafstörungen, oder das frühe Erwachen, Tagesmüdigkeit, reduzierter Appetit und damit verbundener Gewichtsverlust. (Travers, 1998)

Travers (1998) betont, dass die erwähnten Symptome nicht regelmäßig anzutreffen sind, sie sind auch nicht spezifisch alleine für diese Störung, aber geben eine Richtung bei der Stellung einer Diagnose vor. Auch Dilling et al. (2010) sprechen von individuellen Varianten im Vorkommen der Symptome.

Die rezidivierende depressive Störung ist gekennzeichnet durch wiederholte depressive Episoden, es liegen aber dazwischen keine manischen Phasen vor. Die erste Episode tritt eher spät auf, im Durchschnitt erst im fünften Lebensjahrzehnt, die Dauer der einzelnen Episoden liegt zwischen drei und 12 Monaten, wobei es zwischen den Episoden zu einer vollständigen Besserung kommt. Häufig werden diese Episoden durch belastende Lebensereignisse ausgelöst und sind in einigen Kulturkreisen bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern zu beobachten. (Dilling et al., 2010)

Zu den anhaltenden affektiven Störungen zählen im Klassifikationssystem ICD-10 sowohl die Dysthymia als auch die Zykllothymia, die bereits im Rahmen der bipolaren Störung beschrieben wurde. Die Dysthymia ist gekennzeichnet durch eine chronische depressive Verstimmung. (Dilling et al., 2010)

1.4.4 Angst

Angst gehört zu den Primäremotionen des Menschen und stellt in Form einer Schutzfunktion eine Reaktion auf subjektiv bedrohlich erscheinende Ereignisse oder Vorstellungen, sowie Situationen, die als schwer oder gar nicht zu kontrollieren gelten, dar. Sie zeigt somit in einer angemessenen Form eine notwendige, lebenswichtige Reaktion auf Gefahren und ist biologisch determiniert. (Morschitzky, 2009) Die Panik beschreibt Morschitzky (2009) als übermäßige Angstreaktion in Katastrophensituationen, bei der es zu einem „Zusammenbruch des gesamten geordneten Denkens und Handelns kommt“ (Morschitzky, 2009, S. 3).

Die Angst ist somit eine völlig natürliche Reaktion, die das Überleben sichert und keineswegs als pathologisch anzusehen ist.

Angststörungen hingegen stellen ein massives Problem für die Betroffenen dar. Sie werden im ICD-10 im Kapitel F40-48 unter der Bezeichnung Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen aufgelistet. Hier werden neben den Phobien und

Angststörungen auch die Zwangsstörungen, die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen, somatoforme Störungen und andere neurotische Störungen geführt. Da sich die Selbsthilfegruppe jedoch „Angst und Depression“ nennt, soll nun lediglich auf phobische Störungen, sowie andere Angststörungen eingegangen werden, mit der Aussparung der Sozialphobie, die an anderer Stelle genauer erläutert wird.

Phobische Störungen sind gekennzeichnet durch Angst, die in bestimmten Situationen oder durch bestimmte Objekte ausgelöst wird und treten mit Ausnahme der Sozialphobie bei Frauen häufiger in Erscheinung als bei Männern.

Die Agoraphobie bezeichnet „eine zusammenhängende und sich häufig überschneidende Gruppe von Phobien, mit der Angst, das eigene Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, sich in eine Menschenmenge oder auf öffentliche Plätze zu begeben oder alleine in Zügen, Bussen oder Flugzeugen zu reisen“ (Dilling et al., 2010, S. 169). Die Störung beginnt meist bereits im frühen Erwachsenenalter und kann mit oder ohne Panikstörung auftreten.

Die spezifischen Phobien beziehen sich auf klar definierte Situationen oder Objekte, die auch Panik auslösen können und deshalb nach Möglichkeit vermieden werden und beginnen bereits in der Kindheit oder dem frühen Erwachsenenalter.

Die anderen Angststörungen sind charakterisiert durch Ängste, die nicht auf klar definierte Variablen, also Situationen oder Objekte, beschränkt sind.

Die Panikstörung beinhaltet sogenannte Panik- oder Angstattacken, es sind dies kurze Episoden, die dadurch gekennzeichnet sind, dass sie plötzlich auftreten, nur wenige Minuten andauern und die intensive Angst mit körperlichen Symptomen, wie Herzklopfen, Schwindel, Erstickungsgefühl oder Brustschmerz einhergeht. Im Rahmen der Panikstörung stellen sie das alleinige Kennzeichen dar, wenngleich diese Symptome bei allen Angststörungen zu beobachten sein können. (In-Albon und Margraf, 2006)

Kardinalsymptom der generalisierten Angststörung ist eine „generalisierte und anhaltende Angst, die aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt oder darin nur besonders betont ist, d.h. sie ist frei flottierend“ (Dilling et al., 2010, S. 175).

Die auftretenden körperlichen Symptome äußern sich in Zittern, Muskelspannung, Herzklopfen, Nervosität, oft auch Schwindelgefühle bis hin zur

Benommenheit. Sorgen und Vorahnungen werden vermehrt geäußert und können nicht kontrolliert werden, infolgedessen tritt ein Vermeidungsverhalten in Bezug auf vermeintlich gefährliche Situationen oder bedrohliche Gedanken auf, auch Rückversicherungsverhalten wird von den Betroffenen ausgeübt, das jedoch lediglich kurzfristige Wirkung zeigt. Frauen sind von der generalisierten Angststörung häufiger betroffen als Männer. (Dilling et al., 2010; Hoyer und Beesdo, 2006)

Angst und depressive Störung gemischt, stellt zwar eine eigene Klassifikation im Bereich der anderen Angststörungen im ICD-10 dar, wird jedoch nur dann diagnostiziert, wenn tatsächlich beide Störungen in gleichem Maße vorhanden sind, also keine Einzeldiagnose gestellt werden kann. (Dilling et al., 2010)

Die Unterscheidung von Angst und Depression stellt häufig eine Schwierigkeit dar, viele Symptome, wie die körperlichen Kennzeichen, überschneiden sich, phobische Ängste treten im Zuge einer depressiven Episode auf oder verschlimmern sich im Laufe einer solchen, genauso wie depressive Phasen eine phobische Störung begleiten können (Dilling et al., 2010; Morschitzky, 2009). Dies ist auch unter anderem der Grund dafür, dass bei *pro mente* Wien SHG für beide Störungen gemeinsam angeboten werden.

1.4.5 Sozialphobie

Die Sozialphobie gehört, wie bereits oben angeführt, im ICD-10 Klassifikationssystem zum Kapitel der Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen und trägt die Kodierung F40.1 soziale Phobien. Kardinalsymptom der Sozialphobie stellt die übermäßige, nicht objektiv erklärbare Angst vor der prüfenden Beobachtung und Bewertung durch andere Mitmenschen dar. Die Störung bezieht sich eher auf kleinere Gruppen, nicht jedoch auf große Menschenmengen, kann einerseits klar abgegrenzt werden auf bestimmte Situationen oder aber auch in fast allen sozialen Situationen auftreten. Im Gegensatz zu den anderen phobischen Störungen ist hier das Geschlechterverhältnis der Betroffenen annähernd gleich, beginnen kann eine Sozialphobie bereits in der Adoleszenz. (Dilling et al, 2010; Fehm, 2006; Morschitzky, 2009)

Morschitzky (2009) unterscheidet unter den Betroffenen einer Sozialphobie einen Leistungstyp und einen generalisierten Typ, wobei beim Leistungstyp die Angst vor negativer Bewertung in Leistungssituationen im Vordergrund steht, der generalisierte Typ eher mit einem Sozialkompetenzdefizit assoziiert wird und nahezu in allen sozialen Situationen Ängste zu Tage treten.

Für die Diagnose einer Sozialphobie müssen laut ICD-10 Klassifikation körperliche Angstsymptome zu beobachten sein, das könnte jedoch durch Vermeiden der entsprechenden angstausslösenden Situationen oder sogenanntes Sicherheitsverhalten in diesen verdeckt werden. Das Klassifikationssystem DSM-IV der American Psychological Association (APA) verzichtet deshalb auf ein unbedingtes Vorhandensein körperlicher Symptome. (Morschitzky, 2009) Derartige körperliche Beschwerden können „Erröten, Händezittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen“ (Dilling et al., 2010, S. 171) sein.

Die Sozialphobie ist mit einer erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit von weiteren psychischen Störungen assoziiert, Bach (1998) spricht dabei von 75% der PatientInnen, bei denen im Laufe ihres Lebens eine oder mehrere psychische Störungen diagnostiziert wurden. Am häufigsten sind dabei andere Angststörungen, affektive Störungen, sowie Abhängigkeitsproblematiken zu nennen. (Bach, 1998; Fehm, 2006)

Selbst bei Personen, die das Vollbild einer Sozialphobie nicht mehr erfüllen, sind soziale Ängste zu beobachten, die Lebensqualität ist somit erheblich vermindert, es bestehen weiters Einschränkungen in den sozialen Funktionsbereichen, was auch zu einem höheren Risiko führt, von Arbeitslosigkeit betroffen zu sein. (Fehm, 2006)

Müller, Beloch und Wittchen (1998) berichten in ihrer Studie signifikant geringere Werte in der allgemeinen Lebensqualität von Betroffenen einer sozialen Phobie im Vergleich zur Kontrollgruppe, wobei „Rollenfunktionen in emotionaler Hinsicht“, „soziale Funktionsfähigkeit“, „psychisches Wohlbefinden“ und „Vitalität“ besonders stark eingeschränkt sind. Auch die störungsspezifische Lebensqualität weist in den meisten Bereichen verminderte Werte auf, wobei Ausbildung/Beruf und PartnerInnenbeziehung besonders stark betroffen sind, allgemein ist auch eine deutlich reduzierte Arbeitsproduktivität zu beobachten. Die AutorInnen führen außerdem an, dass sich die meisten der PatientInnen zum Zeitpunkt der Studie nicht in der stärksten Phase der Ausprägung der Symptome der Sozialphobie befanden,

woraus sich schließen lässt, dass die Werte bei einer stärkeren Ausprägung der Symptomatik entsprechend niedriger ausfallen würden.

1.5 Selbsthilfe und Peer-to-Peer-Arbeit

1.5.1 Allgemeine Anmerkungen zu Selbsthilfe und Peer Support

Bereits dargestellte Ansätze wie Empowerment, Salutogenese und Recovery stellen nicht nur die theoretische Grundlage für den Bereich der Selbsthilfe dar, sondern sind auch aufgrund ihrer Orientierung, weg von einem rein defizitären hin zu einem positiv besetzten Bild von Menschen mit psychischen Störungen, richtungsweisend in der Arbeit. (Utschakowski, 2009b)

Dieser gesamte Bereich, also die Unterstützung von Psychiatrieerfahrenen durch Psychiatrieerfahrene, umfasst die SHG, sowie Angebote wie Trialoge und auch den Peer Support mit dem speziellen Angebot der Peerberatungen, einer 1:1 Beratung, wie sie auch bei *pro mente* Wien zu finden sind. „Trialog‘ meint die gleichberechtigte Begegnung von Erfahrenen, Angehörigen und professionell Tätigen und umfasst die Bereiche Behandlung, Öffentlichkeitsarbeit, Antistigmaarbeit, Lehre, Forschung, Qualitätssicherung, Psychiatrieplanung usw.“ (Bock, 2009, S.23). Das erste Psychoseseminar in trialogischer Form fand 1989 in Hamburg statt. Dabei sollte zunächst der schizophrene Formenkreis angesprochen werden, doch die Arbeitsweise des Trialogs weitet sich mittlerweile auch auf andere Störungsbilder aus, wie die bipolare Störung oder die Borderline-Persönlichkeitsstörung. (Bock, 2009)

Der große Bereich des Peer Supports kann wie folgt charakterisiert werden:

„Menschen, die mit besonderen Lebenslagen konfrontiert waren, sie durchlebt, durchlitten und bewältigt haben, bieten anderen Menschen in ähnlichen Situationen hilfreiche Unterstützung. Diese Form der Unterstützung wird auch als ‚Peer Support‘ bezeichnet, was zu deutsch etwa ‚Unterstützung durch Gleiche‘ bedeutet. Im Rahmen der

psychiatrischen Versorgung bedeutet dies, dass Menschen aktiv werden, die selbst psychische Krisen durchlebt und in der Regel auch psychiatrische Dienste genutzt haben. Im Vordergrund der Unterstützung steht statt der Anwendung professioneller Methoden der gemeinsame Erfahrungshintergrund von Hilfesuchenden und Unterstützern.“

(Utschakowski, 2009a, S. 14)

Voraussetzung für diese Form der Arbeit stellt die Veränderung der Sichtweise von einem rein defizitären Bild von Menschen mit psychischen Störungen hin zu einer positiven ressourcenorientierten Darstellung dieser Personen dar, die trotz oder gerade aufgrund ihrer Erfahrung und schon durch ihre Präsenz unterstützend wirken können, wie dies beim Empowerment-Ansatz wie auch beim Recovery-Ansatz zu finden ist. Bei den SHG und dem Peer Support mit der Peerberatung als Teil dieses Angebotes, steht der Austausch als Hauptmotiv für die Inanspruchnahme im Zentrum. Innerhalb der SHG gilt das Gegenseitigkeitsprinzip, alle TeilnehmerInnen, so auch die GruppenleiterInnen profitieren in gleichem Maße, sie suchen und geben Unterstützung, im Unterschied zur Peerberatung, hier ist die Rollenverteilung klar, eine Seite sucht Unterstützung, die andere Seite gibt diese. Der gemeinsame Erfahrungshintergrund bleibt jedoch bei beiden Angeboten die wichtige Basis, wobei anzumerken ist, dass mit Erfahrungshintergrund nicht nur die Erfahrung mit der jeweiligen Störung alleine gemeint ist, sondern auch die Erfahrung mit therapeutischen Angeboten im Allgemeinen. (Utschakowski, 2009a)

Als bedeutendstes Anliegen des Peer Supports im Allgemeinen kann natürlich neben der Unterstützung von Betroffenen aber vor allem die Bekämpfung von Stigmatisierung, Diskriminierung und Entmutigung genannt werden. So liegen auch die Anfänge in dieser Form der Angebote darin, dass sich PatientInnen von den jeweiligen psychiatrischen oder therapeutischen Institutionen nicht verstanden fühlten und den Versuch starteten, eine Alternative aufzubauen. Wichtig ist jedoch an dieser Stelle zu erwähnen, dass das gesamte Spektrum des Peer Supports keineswegs als Ersatz der traditionellen psychiatrischen und therapeutischen Versorgung verstanden werden darf, sondern als sinnvolle Ergänzung zu sehen ist. (Utschakowski, 2009a) Grundlage stellt das

erfahrungsbasierte Wissen dar, das aus der Bewältigung und Reflexion entsprechender Erfahrungen resultiert und an andere KlientInnen weitergegeben wird. „Erfahrungsbasiertes Wissen entsteht im praktischen, alltäglichen Leben. Es ist an erster Stelle für den eigenen Lebensvollzug von Bedeutung, indem man lernt, wie man am besten bestimmte Situationen im Leben handhabt. Oft lernt man durch Ausprobieren“ (van Haaster, 2009, S.51). Dieses Wissen wird in allen Bereichen des Peer Supports genutzt. (van Haaster, 2009)

In Bezug auf Institutionen, in denen Peer Support zum Tragen kommt, sind nutzerInnenorientierte Behandlungsstrukturen und partnerschaftliche Beziehungsgestaltung zwischen ProfessionistInnen und PatientInnen von großer Bedeutung und gelten als Voraussetzung. (Knuf, 2009) In englischsprachigen Ländern wie den USA, Großbritannien, Kanada, Australien und Neuseeland, aber auch in den Niederlanden ist dieser Ansatz des Peer Supports bereits weit verbreitet. (Utschakowski, 2009a) In deutschsprachigen Ländern haben sich Trialoge und Psychoseminare ebenfalls bereits etabliert, aber auch Peerberatungsangebote in Projektform sind anzutreffen, worauf im Folgenden (S. 44ff) eingegangen werden soll. Zumeist sind die Betroffenen in solchen Projekten ehrenamtlich tätig, so auch bei *pro mente* Wien. Die von Knuf (2009) geforderte Vernetzung von Peer Arbeit und bestehenden Selbsthilfeaktivitäten gelingt bei *pro mente* Wien beispielhaft, da sie Teil des Projektes ist, die KlientInnen häufig nach den Beratungen die angebotenen SHG besuchen und oft auch die PeerberaterInnen selbst eine Selbsthilfegruppe besuchen oder diese leiten.

1.5.2 Peer Support

Die Unterstützung von Psychiatrieerfahrenen durch Psychiatrieerfahrene ist in ihren Ursprüngen in der KonsumentInnenbewegung im Bereich der Psychiatrie angesiedelt (Mead, Hilton & Curtis, 2001), der Peer Support und die Peerberatungen als Teil davon sind jedoch keineswegs Angebote, die sich auf den psychiatrischen Bereich beschränken. In anderen Fachgebieten stellen sie bereits seit längerem einen wesentlichen Bestandteil zur Ergänzung der traditionellen professionellen Angebote dar und die Wirksamkeit konnte bereits mehrfach bestätigt werden.

Wirksam zeigt sich der Peer Support bei HIV- und AIDS-PatientInnen (Molassiotis et al., 2002), sowie unter PatientInnen mit Multipler Sklerose. Hier können die AutorInnen auch zeigen, dass die Peers selbst von diesem Angebot profitieren (Schwartz & Sendor, 1999). Ainbinder et al. (1998) berichten von der Wirksamkeit von Angeboten, in denen Eltern andere Eltern von Kindern mit besonderen Bedürfnissen beraten. Zur Anwendung kommt Peer Support ebenfalls bei stillenden Müttern bei ihrem ersten Kind. (Dennis, Hodnett, Gallop & Chalmers, 2002) Dennis (2003) kann die Wirksamkeit dieses Angebots auch bei Müttern mit einer postpartalen Depression zeigen und bei psychiatrischen PatientInnen kommt es durch den Peer Support zu einer Verringerung des Alkoholkonsums (Rowe et al., 2007). Schwonke (2000) kann im Rahmen ihrer Diplomarbeit über hohe Zufriedenheitswerte von Seiten der Versuchspersonen mit der Peerberatung im Behindertenbereich berichten, sie findet auch eine Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht des/der Peerberaters/Peerberaterin und dem/r Klienten/in zugunsten gleichgeschlechtlicher Beratungssituationen.

Die Besonderheit des Peer Supports im psychosozialen Bereich liegt im alternativen Zugang in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen. Die zugrunde liegenden theoretischen Modelle sind, wie bereits wiederholt erwähnt, der Empowerment-Ansatz sowie das Recovery-Konzept. (Utschakowski, 2009b) Im Rahmen des Peer Supports steht nicht die Diagnose oder ein psychiatrisches oder psychologisches Modell im Vordergrund, sondern ein empathischer und wertschätzender Umgang mit den KlientInnen von Seiten der Peers. Der gemeinsame Erfahrungshintergrund, Akzeptanz und Verständnis bilden die Charakteristika dieses Angebots. (Mead et al., 2001) Die AutorInnen betonen auch die Bedeutung des Peer Supports in Bezug auf das Rollenverständnis der KlientInnen, da diese häufig ihre Identität nur noch über ihre psychische Störung definieren. Die „PatientInnenrolle“ kann identitätsstiftend wirken, Ziel des Peer Supports ist hier, diese Orientierung aufzubrechen und neue Perspektiven zu eröffnen. Durch die Unterstützung der Peers stehen nun nicht mehr die Krankheit und die Behinderung im täglichen Leben im Mittelpunkt, sondern die gesunden Anteile in den KlientInnen stehen im Vordergrund, sowie die Entwicklung und Reaktivierung von Fähigkeiten und Fertigkeiten. Individuelle Stärken, Diversität und somit die Inklusion sind

richtungsweisend in der Arbeit des Peer Supports. (Mead et al., 2001) Auch Davidson et al. (1999) betonen nicht nur Information, sondern Hoffnung, Entwicklung von Problemlösefertigkeiten, Coping-Strategien und Reduktion von sozialer Isolation als wichtige Charakteristika des Peer Supports, da gerade diese Komponenten, wie zum Beispiel auch soziale Unterstützung, häufig bei Menschen mit psychischen Störungen fehlen. Die AutorInnen nennen Harry Stack Sullivan als ersten, der Peer Support als zusätzlichen Bestandteil im psychiatrischen Bereich anbot. Er stellte junge Männer mit der Diagnose Schizophrenie, die bereits auf dem Weg der Gesundung waren, ein, da er davon ausging, dass sie aufgrund ihrer Erfahrung über eine besondere Qualifikation verfügen und Sensibilität im Umgang mit den KlientInnen mitbringen. (Perry, 1982; zit. nach Davidson et al., 1999) Seither entwickelte sich der Peer Support weiter und kann laut Davidson et al. (1999) unterschieden werden in Peer Support, der ohne jeglichen institutionellen Hintergrund unter Betroffenen sozusagen in „natürlichen“ Netzwerken entsteht, in Peer Support, der in Institutionen angeboten wird, die von den Peers selbst geführt werden und in Peer Support im Rahmen von klinisch psychiatrischen Einrichtungen, wobei in weiterer Folge, falls nicht explizit erwähnt, Peer Support im Sinne der letzten beiden Angebote gemeint ist. Wie die SHG basiert Peer Support auf dem gemeinsamen Erfahrungshintergrund und soll ähnliche Komponenten auf dem Weg zur Gesundung fördern. Jedoch betonen die AutorInnen ein asymmetrisches Verhältnis im Peer Support, da die KlientInnen Unterstützung suchen und die Peers diese geben, die Beziehung ist im Unterschied zu den SHG somit nicht reziprok. (Davidson et al., 1999; Davidson, Chinman, Sells & Rowe, 2006) Dies kann aber gleichsam Schwierigkeiten aufweisen, da der Peer Support einen Graubereich zwischen der professionellen Hilfe und den SHG darstellt, was auch unter den Peers selbst Verwirrung stiften kann in Bezug auf das Rollenverständnis den KlientInnen einerseits, aber auch den ProfessionistInnen und somit den KollegInnen gegenüber. Im Peer Support besteht die Tendenz von Seiten der KlientInnen, die Peers eher als FreundInnen zu sehen, da auch die gemeinsame Erfahrung Nähe schafft. Trotzdem sind die Peers auch der Institution, in der sie tätig sind, verpflichtet. (Davidson et al., 1999; Davidson et al., 2006) Dieses Spannungsfeld wird von den AutorInnen Davidson et al. (2006) als bisher ungelöstes Problem gesehen und sie sprechen im weiteren auch an, dass sich der Peer Support allgemein die Frage stellen sollte, inwieweit die Erfahrung alleine

ausreicht, um für Unterstützung oder Beratungen qualifiziert zu sein. Daher wird von ihnen eine Ausbildung gefordert, die dem Peer Support und in weiterer Folge den Peerberatungen als 1:1 Angebote vorausgehen sollte.

1.5.2.1 Die Auswirkungen von Peer Support auf Empowerment, Selbstwert und Selbstwirksamkeit

Eine positive Wirkung des Peer Supports wird in der Literatur wiederholt berichtet. Schutt und Rogers (2009) zeigten dies im Empowerment auf individueller Ebene. In ihrer qualitativen Studie mittels Interviews und Fokusgruppen an Personen mit psychischen Störungen und zusätzlicher Suchtproblematik haben sie die Auswirkung von Peer Support auf das Empowerment der KlientInnen, sowie die Reduktion von sozialer Isolation in einer Einrichtung, die von KonsumentInnen selbst geführt wird, untersucht. Die Ergebnisse weisen eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit auf und eine Zunahme an sozialer Unterstützung. Die KlientInnen in dieser Studie lernen einerseits von anderen Personen, wie diese ähnliche Situationen meistern konnten und geben diese Erfahrung wiederum weiter. So werden eigene Fertigkeiten entwickelt und gefördert. Die AutorInnen berichten, dass durch den Peer Support die Verbundenheit zu den anderen gestärkt wird und so ein Gefühl einer Gemeinschaft entsteht.

Einen Vergleich zwischen einem Angebot unter Einbezug von Peers und traditionellen Behandlungsmethoden ohne Peers haben Resnick und Rosenheck (2008) in ihrer Studie untersucht. Das Angebot unter Einbezug von Peers beinhaltet hier Edukation und ein Unterstützungsprogramm, wobei die Peers selbst wiederum Unterstützung von ProfessionistInnen in Form von Supervision erhalten und ein Trainingsprogramm zu Beginn ihrer Tätigkeit als Peers durchlaufen. Die Zuordnung der Versuchspersonen, die Personen mit psychischen Störungen und teilweise einem zusätzlichen Substanzmissbrauch sind, auf die beiden Angebote, erfolgt nicht mittels einer Randomisierung, weshalb die AutorInnen auch die Ergebnisse vorsichtig interpretieren. Resnick und Rosenheck (2008) führen die Datenerhebung vor der Behandlung, danach und in einem follow-up nach einem, nach drei und nach neun Monaten. Die Ergebnisse weisen höhere Werte in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem

Angebot und im Empowerment, hier allerdings nur mit einer geringen bis mittleren Ausprägung, in der Behandlung mit Peers im Vergleich zu traditionellen Behandlungsangeboten auf.

Bracke, Christiaens und Verhaeghe (2008) legen den Fokus in ihrer Studie auf die Wirkung von Peer Support auf Selbstwert und Selbstwirksamkeit bei Menschen mit psychischen Störungen, aber auch auf die Balance im Peer Support. Sie definieren die Balance im Peer Support als einen Ausgleich zwischen der Unterstützung, die Personen erhalten und wiederum geben können. Da in die Studie Peer Support in „natürlichen“ Netzwerken, also ohne institutionellen Hintergrund, einging, betonen die AutorInnen selbst, dass die Ergebnisse nicht auf SHG oder Peer Support in institutionellen Settings generalisierbar sind. Sie können aber die Wichtigkeit von Peer Support für das subjektive Wohlbefinden unter den Versuchspersonen bestätigen, eine Balance im Peer Support fördert sowohl den Selbstwert als auch die Selbstwirksamkeit. Geschlechtsunterschiede zeigen sich dahingehend, dass bei Frauen der Umfang an Unterstützung, die sie bekommen, einen Einfluss auf den Selbstwert hat, während bei Männern die Selbstwirksamkeit vom Umfang an Unterstützung, die sie geben, beeinflusst wird.

Verhaeghe, Bracke und Bruynooghe (2008) berichten in ihrer Studie von Zusammenhängen zwischen dem Stigma, das KlientInnen durch ihre psychische Störung häufig erleben und dem Selbstwert. Die Ergebnisse zeigen, dass Stigmatisierung und Selbstwert negativ zusammenhängen, das bedeutet, ist die Stigmatisierung hoch, ist der Selbstwert niedrig. Personen mit psychischen Störungen erleben Ablehnung aus ihrer Umgebung, weil sie Gesundheitszentren aufsuchen und zeigen infolgedessen einen geringeren Selbstwert. Peer Support korreliert allerdings positiv mit dem Selbstwert, fördert diesen und hat auch einen Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Stigma und Selbstwert, jedoch lediglich bei KlientInnen, die allgemein über weniger Stigmatisierungserfahrung verfügen, hier können positive Ergebnisse erzielt werden. Die Stigmatisierung selbst kann aber positive Veränderungen der Behandlung behindern.

Im Pflegebereich findet Peer Support ebenfalls Anwendung. So berichten Hunkeler et al. (2000) von einem Projekt im Telehealth Care unter Einbezug von Peer Support in der Primärversorgung von PatientInnen mit depressiven Störungen. Die PatientInnen wurden auf drei Gruppen aufgeteilt, wobei die erste die normale ärztliche

Versorgung in Anspruch nahm, die zweite zusätzlich dazu Telehealth Care und die dritte zusätzlich zu den beiden genannten Angeboten Peer Support. Die AutorInnen können ihre Hypothese, dass die zweite Gruppe bessere Ergebnisse als die erste und die dritte Gruppe die besten Ergebnisse erzielt, nicht bestätigen, da keine signifikanten Unterschiede gefunden wurden, jedoch gibt es auch keinen Hinweis darauf, dass Peer Support schlechter ist als die anderen Angebote.

1.5.2.2 Kommunikation und das Verhältnis der Peers oder der ProfessionistInnen zu den KlientInnen im Rahmen des Peer Supports im Vergleich zu herkömmlichen Behandlungsangeboten

Ein bedeutender Faktor im Peer Support ist vor allem die Kommunikation und das zwischenmenschliche Verhältnis zwischen den Peers und den Unterstützung suchenden KlientInnen. Dies untersuchten auch die AutorInnen Sells, Davidson, Jewell, Falzer und Rowe (2006) an Personen mit psychischen Störungen und teilweise einer zusätzlichen Suchtproblematik in Behandlungsangeboten mit Peers und traditionellen Behandlungsangeboten im Vergleich. Die Zuteilung der KlientInnen auf die beiden Gruppen erfolgte randomisiert und die Dimensionen in der Kommunikation und dem Verhältnis in der Behandlung waren Achtung und Aufmerksamkeit, Empathie und bedingungslose Akzeptanz von Seiten der Peers oder ProfessionistInnen den KlientInnen gegenüber. Die Datenerhebung wurde an zwei Zeitpunkten, einmal nach sechs Monaten und ein zweites Mal nach 12 Monaten durchgeführt. Sells et al. (2006) berichten eine positivere Wahrnehmung im zwischenmenschlichen Verhältnis von KlientInnen zu den Peers als in traditionellen Behandlungsangeboten vor allem zum ersten Messzeitpunkt, diese Ergebnisse verschwinden nach 12 Monaten. Wichtig ist weiters, dass laut den AutorInnen davon ausgegangen werden kann, dass dieses positive Verhältnis ein Prädiktor für die weitere Nutzung von Angeboten für Menschen mit psychischen Störungen ist.

Ähnliche Ergebnisse berichten auch Sells, Black, Davidson und Rowe (2008) in ihrer Studie zum Auftreten und dem Einfluss von Invalidation in der Kommunikation in Angeboten mit Peers und traditionellen Behandlungsangeboten bei Personen mit

psychischen Störungen und teilweise zusätzlichem Substanzmissbrauchs. Die Datenerhebung wurde ebenfalls an zwei Zeitpunkten, einmal nach sechs Monaten und ein zweites Mal nach 12 Monaten durchgeführt. Die Hypothese, dass Peers mehr Bestätigung in ihrer Kommunikation aufweisen, können die AutorInnen belegen. Auch wenn KlientInnen die Kommunikation als nicht bestätigend von Seiten der Peers wahrnehmen, profitieren sie trotzdem mehr davon, auch in Bezug auf Lebensqualität und stoßen auf weniger Hindernisse in der Genesung als in traditionellen Angeboten. Sells et al. (2008) finden diese Unterschiede zwischen den Angeboten jedoch auch nur zum ersten Messzeitpunkt, also eher früher in der Behandlung, dieser Effekt hebt sich zum zweiten Zeitpunkt auf.

1.5.2.3 Wirksamkeitsstudien von Peerberatung

Peerberatung im Sinne des Angebotes bei *pro mente* Wien wurde bisher selten in der wissenschaftlichen Literatur diskutiert und evaluiert. Rummel-Kluge, Stiegler-Kotzor, Schwarz, Hansen und Kissling (2007) berichten in ihrer Studie von einer Evaluierung der Peerberatung im stationären Setting an einer Universitätsklinik für subakute PatientInnen mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis. Zusätzlich zum herkömmlichen Therapieangebot der Klinik wurde dabei den PatientInnen eine Peerberatung von einem männlichen Peerberater, der zuvor in einem fünfstufigen Curriculum für die Tätigkeit geschult wurde, zur Verfügung gestellt. Die Inhalte der Beratung sind Fragen zu beantworten, eigene Erfahrungen von Seiten des Peerberaters berichten und Unterstützung zu geben. Sollte sich der Peerberater nicht kompetent genug fühlen, die Fragen der PatientInnen erschöpfend beantworten zu können, besteht die Möglichkeit, professionelle Hilfe hinzuzuziehen. Weiters steht der Peerberater unter Supervision durch einen Psychiater, dem Leiter der Untersuchung. Für die Studie erhoben die AutorInnen soziodemographische Daten der PatientInnen und diese füllten den Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzelpsychotherapie für PatientInnen (STEPP) aus. In die Datenauswertung floss außerdem noch das Protokoll des Peerberaters ein. Insgesamt fanden 88 Peerberatungen statt, alle Ergebnisse im STEPP befanden sich im positiven Bereich, die

PatientInnen berichteten, sich gut verstanden gefühlt zu haben, im emotionalen Bereich unterstützt worden und allgemein zufrieden mit dem Angebot gewesen zu sein. 96% der PatientInnen würden die Peerberatung sogar weiterempfehlen. Das Protokoll des Peerberaters ergab, dass er die Mehrheit der Fragen zumindest teilweise, 20% sogar gänzlich beantworten konnte und meistens seine Antworten für die PatientInnen als hilfreich empfand. Rummel-Kluge et al. (2007) beschreiben Peers als positive Rollenmodelle für die PatientInnen, betonen jedoch, dass PeerberaterInnen über fundiertes Wissen bezüglich der Störung und auch ihrer biologischen Aspekte verfügen und eine positive Einstellung gegenüber Medikamenten vermitteln sollten. Außerdem sollten sie eine realistische Einschätzung ihrer Handlungsmöglichkeiten im Rahmen der Peerberatung haben, im Bedarfsfall die PatientInnen somit auch rechtzeitig in professionelle Hilfe überführen und vor allem sollten sie sich in einem stabilen Gesundheitszustand befinden. All diese Faktoren erachten die AutorInnen im Auswahlprozess der Peers in Hinblick auf die Schulung zur Peerberatung als wichtig. Als Ausblick führen die AutorInnen zukünftige Studien bezüglich der Symptomreduktion, der Compliance und der Lebensqualität durch die Peerberatung an.

Ähnliche Ergebnisse berichten auch Lucksted, McNulty, Brayboy und Forbes (2009) in ihrer Studie zur Peerberatung für PatientInnen mit bipolarer Störung, Depression, Schizophrenie oder schizoaffectiver Störung. Das Angebot ist vergleichbar mit jenem in der Studie von Rummel-Kluge et al. (2007), da auch hier die Peers zunächst eine Schulung absolvierten und erst dann Peerberatungen vornahmen. Das Design der Studie war ein Prä-Post-Design, Fragebögen wurden den Versuchspersonen also vor Beginn und am Ende der Peerberatung vorgelegt, insgesamt füllten 138 Personen die Fragebögen zu beiden Zeitpunkten aus. Lucksted et al. (2009) fanden keine Ergebnisse in die negative Richtung, signifikante Verbesserungen aber vor allem in Kategorien, die in engem Zusammenhang mit der Ausbildung zum/zur PeerberaterIn stehen. Die PatientInnen berichten von Verbesserungen im Wissen über die Störung, dem Erkennen von Anzeichen eines Rückfalls, der Entwicklung von Coping-Strategien und dem Stressmanagement, aber auch dem Wissen über die Erstellung einer PatientInnenverfügung. Weiters haben sie positivere Gefühle sich selbst gegenüber, verfügen über mehr Selbstbewusstsein und Zufriedenheit mit sich und über mehr Motivation, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen. Allgemein

betonen die AutorInnen, dass die PatientInnen nun mehr Empowerment durch die Intervention durch Peers zeigen.

Diesen beiden beschriebenen Studien ist neben den positiven Ergebnissen, die für den Einsatz von Peerberatungen sprechen, die Ausbildung der Peers zu entsprechenden BeraterInnen gemeinsam. In Europa hat das EU-geförderte Projekt EX-IN, das „Experienced Involvement“ abgekürzt heißt, eine Ausbildung von Peers zu BeraterInnen, die anschließend in den unterschiedlichsten Tätigkeitsfeldern beschäftigt werden können, ins Leben gerufen. Zahlreiche Länder nahmen an diesem von Oktober 2005 bis September 2007 laufenden Projekt teil, wie Norwegen, Schweden, die Niederlande, England, Slowenien und Deutschland. (Utschakowski, 2009c) Mit Hilfe dieses Projektes sollen Betroffene in Veränderungsprozesse des psychiatrischen Systems nicht nur auf der Praxisebene, sondern auch in den Bereichen der Planung und Qualitätssicherung eingebunden werden. Dies wird erzielt durch die Entwicklung von Erfahrungswissen im Rahmen dieser Ausbildung. Dort wird das Ich-Wissen der einzelnen Personen zum Wir-Wissen kumuliert. Es wird davon ausgegangen, dass die Betroffenen nicht nur über Erfahrung mit der psychischen Störung verfügen, sondern auch über die entsprechenden Hilfsangebote im psychiatrischen und psychosozialen Bereich und Auskunft darüber geben können, welche davon hilfreich sind, welche weniger hilfreich und was noch fehlt. Das Ziel ist die Verbesserung des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystems und die Unterstützung der KlientInnen hin zu einem unabhängigen Leben. (Utschakowski, 2009d) So ist die Ausbildung unterteilt in Basis- und Aufbaumodule, in dem zwar das Erfahrungswissen im Mittelpunkt steht, jedoch auch Fertigkeiten und Fähigkeiten gelehrt werden, wie das Beraten und Begleiten oder auch die Krisenintervention. Weiters erfolgt eine ausführliche Auseinandersetzung mit Theorien und Methoden. Außerdem soll ein Praktikum in einer einschlägigen Institution absolviert werden. Nach der Absolvierung der Ausbildung ist das Tätigkeitsfeld der Peers sehr weit, es reicht vom Betreuten Wohnen, über die Erstellung von Tagesstruktur und Freizeitgestaltung hin zu DozentInnen in Psychoseseminaren oder eben auch Beratungstätigkeit im Rahmen der Peerberatung. (Utschakowski, 2009c; Utschakowski, 2009d) Utschakowski (2009c) macht aber deutlich, dass diese Form des Angebots immer als Ergänzung gesehen werden muss und keineswegs die professionelle Hilfe ersetzen kann und darf.

In der Schweiz gibt es ein ähnliches Angebot der Ausbildung zum/zur PeerberaterIn von der Stiftung pro mente sana. Dieses Projekt, das im Sinne des Recovery-Konzepts aufgebaut ist, stellt ein Training für Betroffene dar. Die Themen sind Recovery und Salutogenese, die eigene Gesundheit wird in den Mittelpunkt gestellt und der Umgang mit möglichen Krisen gelehrt. Weiters lernen die TeilnehmerInnen Moderations- und Präsentationstechniken, um nach der Absolvierung des Trainings Veranstaltungen in Wohnheimen oder rehabilitativen Einrichtungen im ambulanten und stationären Sektor halten zu können, in denen sie von ihren eigenen Erfahrungen berichten sollen. Die TeilnehmerInnen sind im Vorfeld nach Kriterien von pro mente sana ausgewählt worden, wobei besonderes Augenmerk auf die Fähigkeit zur Reflexion der eigenen Gesundheit und der notwendigen Abstrahierung davon gelegt wurde, um den KlientInnen unterstützend zur Seite stehen zu können. (Rabenschlag, 2010) Diese Ausbildung der Peers wurde begleitend quantitativ mit einem Fragebogen zu Recovery evaluiert. Sie zielte auf die Recovery-relevanten Einstellungen der TeilnehmerInnen ab. Außerdem wurden die Peers, sowie die Institutionen, in denen Veranstaltungen stattfanden, zu einem schriftlichen Feedback aufgefordert. Das Feedback der Institutionen fiel durchwegs positiv aus, die Zufriedenheit mit der Veranstaltung war hoch. Positive Reaktionen waren auch von Seiten der Peers zu vermelden. Die Auswertung der Fragebögen ergab signifikant höhere Recovery-Werte, wobei Frauen höhere Werte aufwiesen als Männer. Ebenso wurden bei schizophrenen und affektiven Störungen höhere Werte gefunden als bei neurotischen Störungen. Diese Evaluation zeigt also, dass nicht nur die KlientInnen, die in Beratungen gehen oder Peer Support in Anspruch nehmen, von diesem Angebot profitieren, sondern auch die Peers bereits durch die Ausbildung und später in ihrer Tätigkeit positive Veränderungen aufweisen. (Rabenschlag, 2010)

Dworschak (2003) berichtet in der Evaluation der Ausbildung zum Peer-Coach des Vereins „netzwerk spinnen“ in Oberösterreich ebenfalls von positiven Veränderungen unter den TeilnehmerInnen und dass die Betroffenen bereits in der Ausbildung von dieser profitieren. Die Dauer des Lehrgangs zum Peer-Coach beträgt ein Jahr und umfasst fünf theoretische Module, zwei Praktika in einschlägigen Institutionen und eine Abschlussreflexion. Ziel des Lehrgangs ist, die subjektiven Erfahrungen der TeilnehmerInnen zu bearbeiten und in weiterer Folge, ähnlich wie beim EX-IN Projekt

(Utschakowski, 2009c) zu einer für KlientInnen objektiven Hilfestellung umzuwandeln. Die begleitende Evaluation wurde anhand von quantitativen und qualitativen Analysen durchgeführt und zeigt allgemeine Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit dem Lehrgang. In Bezug auf die Erwartungen und Ziele der TeilnehmerInnen wurden die Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit, die Förderung des Selbstbewusstseins, die Reflexion der eigenen persönlichen Situation und das Erkennen von allgemeinen Mustern der persönlichen Erfahrungen gut vermittelt. Die häufigsten Nennungen in der qualitativen Bewertung sind Selbstreflexion, Stabilität, Bewusstsein im eigenen Umgang, soziale Fähigkeiten, die Aufarbeitung der eigenen Psychatrievergangenheit und die Vorbereitung zur Peer-Arbeit. Hier profitieren die TeilnehmerInnen nach eigenen Angaben am meisten. Die Einschätzung der zukünftigen Lebenssituation unter den Peers veränderte sich ebenfalls in eine positive Richtung. Die Peers fanden im Anschluss jedoch nur teilweise Arbeitsstellen als Peer-Coaches, Exit-Sozial stellt eine derartige Einrichtung dar, die nach wie vor Peerberatungen anbietet. (<http://tinyurl.com/exitsozial-peerberatung>, 11.06.2011)

Im Anschluss an diesen Lehrgang wurde auch die Tätigkeit der Peers in den unterschiedlichen Bereichen und Einrichtungen mittels einer qualitativen Studie evaluiert. Dworschak (2005) berichtet von durchwegs positiven Rückmeldungen und Einschätzungen sowohl von Seiten der Institutionen, in denen die Peers tätig sind, als auch von den Peers selbst. Die Peers beschreiben aber auch Aspekte wie ihr Rollenverständnis kritisch, vor allem in Zusammenhang mit der Bewertung, dem Gehalt oder der Eigenständigkeit in ihrer Arbeit. Das Angebot wird als wichtige Ergänzung zur professionellen Arbeit gesehen. Es wird sogar von einem steigenden Bedarf an Peer-Angeboten im stationären und extramuralen Bereich gesprochen, sei es im Bereich Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit, sowie im direkten Kontakt zwischen Peers und KlientInnen in Betreuung und Beratung.

1.5.3 Selbsthilfegruppen

1.5.3.1 Definition von SHG

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist die Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äußere (sozial gesellschaftliche) und die innere (persönliche, seelische) Isolation aufzuheben. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich auf ihre Mitglieder und nicht auf Außenstehende; darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements.“

(Matzat, 2004, S. 17f)

Diese Beschreibung von Matzat (2004) ist eine klare Definition von SHG, sie zeichnen sich also dadurch aus, dass sie ohne formelle oder professionelle Leitung arbeiten und der gegenseitige Erfahrungsaustausch im Zentrum steht, der Entlastung auf der einen Seite, aber auch Ermutigung auf der anderen Seite mit sich bringen soll. Die Basis bildet Verschwiegenheit, wodurch Vertrauen untereinander möglich wird.

„In einer Selbsthilfegruppe treffen sich Menschen,

- die bereit sind, über sich, ihre Stärken, Schwächen, Schwierigkeiten und Sehnsüchte zu sprechen;
- die das gleiche Thema haben und miteinander daran arbeiten wollen;

- die daran glauben, daß Veränderungen aus eigener Kraft möglich sind – gemeinsam mit anderen.“

(Moos-Hofins & Rapp, 2007, S.16)

1.5.3.2 *Wirksamkeitsstudien zu SHG im englischsprachigen Raum*

Im englischsprachigen Raum ist die Wirksamkeit von SHG wiederholt bestätigt. So gehen Roberts et al. (1999) in ihrer Studie davon aus, dass Personen, die anderen helfen, davon auch selbst profitieren können, beispielsweise in Bezug auf ihr eigenes Kompetenzerleben, die Nützlichkeit im sozialen Kontext, das Gefühl, gebraucht zu werden oder Verantwortung für andere übernehmen zu können. Sie untersuchen, ob es einen Zusammenhang zwischen HelferInnenverhalten, das sowohl aus Hilfe erhalten, als auch Hilfe geben besteht und der Veränderung von sozialen und psychologischen Aspekten im Zuge der Teilnahme an SHG. Dabei wird davon ausgegangen, dass Unterstützung, die in Form von Information gegeben wird, mehr hilft, als emotional unterstützende Kommentare, dass die Effekte stärker sind, wenn die Personen gut integriert sind in die Gruppe und eine Nähe zu den anderen GruppenteilnehmerInnen verspüren und dass das HelferInnenverhalten in beide Richtungen die größten Veränderungen zur Folge haben. Die AutorInnen fanden Ergebnisse, dass jene Versuchspersonen, die Hilfe geben, eine Besserung in den relevanten sozialen und psychologischen Aspekten zeigten. Es kam zu einem Gefühl von Kompetenz und sozialem Nutzen bei den ProbandInnen, was auch zu den Berichten der Personen selbst passte. Die Ergebnisse stammen jedoch aus Korrelationsberechnungen, weswegen die AutorInnen betonen, dass sie mit Vorsicht zu interpretieren sind und andere Ergebnisse nicht auszuschließen sind. In Bezug auf das HelferInnenverhalten gehen Roberts et al. (1999) davon aus, dass Anleitungen geben ein guter Prädiktor für die Veränderung der sozialen Aspekte darstellt und hypothesenkonform die Unterstützung in Form von Information besser ist als nur in Form von emotional unterstützenden Aussagen. Durch Anleitungen von Seiten der GruppenteilnehmerInnen aufgrund der Erfahrungen von ähnlichen Problemen, entsteht auch für jene Personen, die diese Anleitungen geben, ein persönlicher Lernprozess. In Hinblick auf das Erhalten von Hilfestellungen in den

SHG ist zu erwähnen, dass die AutorInnen auf Ergebnisse stoßen, die besagen, dass die Menge an erhaltener Hilfe nicht mit der Veränderung in den relevanten sozialen und psychologischen Aspekten korreliert. Eher kann davon ausgegangen werden, dass jene Personen, die gut in die Gruppe integriert sind und ein positives Gruppengefühl aufweisen, mehr von der Unterstützung profitieren. Die Nähe zwischen den GruppenteilnehmerInnen kann somit als bedeutsam angesehen werden und ist auch ein Prädiktor für die Veränderung in sozialen Aspekten, so auch die erhaltene Hilfe in Form von Interpretation. Die Hypothese, dass Hilfestellungen in beide Richtungen die größten Veränderungen zur Folge haben sollten, konnte in der Studie nicht bestätigt werden. Die AutorInnen betonen aber wiederholt innerhalb ihrer Studie, dass die gefundenen Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten sind und daraus keinesfalls Kausalzusammenhänge geschlossen werden können.

Pistrang, Barker und Humphreys (2008) verfassten eine Übersichtsstudie über quantitative empirische Studien zum Bereich SHG, wobei sie strenge Kriterien aufstellten, nach denen die Studien ausgewählt wurden. In ihre Übersicht gingen nur Untersuchungen von SHG für Erwachsene mit psychischen Problemen ein, wobei Ergebnisse von Messungen zu psychologischen Symptomen, Hospitalisation, psychiatrische Medikation oder soziale Funktionstüchtigkeit vorliegen mussten. Studien, in denen lediglich die soziale Unterstützung oder die Zufriedenheit erhoben wurde, wurden ausgeschlossen. Weiters stellten die AutorInnen ein Kriterium bezüglich des Studiendesigns auf: es wurden nur Untersuchungen aufgenommen, die entweder Vergleichsgruppen verwendeten oder eine prospektive Langzeitstudie mit zwei oder mehr Messzeitpunkten durchführten. So beschreiben sie in ihrer Übersicht insgesamt 12 Studien, wobei drei Studien SHG zu chronischen psychischen Störungen beinhalteten, vier die Themen Depression und Angst und sich fünf mit Trauer beschäftigten. Die Qualität der Studien hinsichtlich Design und Ergebnisdarstellung variierten stark, was die AutorInnen auch als Kritikpunkt anführen. Alle Studien zu SHG für chronische psychische Störungen berichten von einer Wirksamkeit der SHG. Die bereits geschilderte Studie von Roberts et al. (1999) war ebenfalls darunter, wie jedoch bereits angeführt, lassen die Designs keine klaren Schlussfolgerungen zu. Die Ergebnisse zu den SHG für Depression und Angst fallen unterschiedlich aus, zwei berichten Wirksamkeit, zwei nicht, wobei Cheung und Sun (2000, zit. nach Pistrang et al., 2008) die

Selbstwirksamkeit als bedeutenden Faktor betonen. Grundsätzlich gehen die AutorInnen davon aus, dass eine Evidenz für SHG besteht, da sie für diese Menschen nützlich sind. Die meisten Studien berichten positive Veränderungen, fast die Hälfte aber findet keine Unterschiede in der psychischen Gesundheit zwischen Mitgliedern von SHG und Nicht-Mitgliedern. Wichtig zu erwähnen ist aber, dass keine Studie in dieser Übersicht negative Effekte beschreibt.

Ähnliche Ergebnisse berichten auch Segal und Silverman (2002) in ihrer Untersuchung von Selbsthilfestellen in San Francisco. Sie erhoben Daten von LangzeitteilnehmerInnen von SHG in einer Baselineerhebung und nach weiteren sechs Monaten mittels Interviews und Fragebögen. Sie konnten zeigen, dass sich das Empowerment der Versuchspersonen durch die Teilnahme an den Gruppen in eine positive Richtung verändert und auch, dass Selbsthilfestellen das Empowerment auf Organisationsebene fördern können. Die AutorInnen betonen dabei als wichtige Komponente vor allem den Einbezug der KlientInnen.

1.5.3.3 SHG bei Personen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Wirksamkeitsuntersuchungen in SHG speziell für Personen mit einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis weisen durchwegs positive Ergebnisse auf, wenngleich in den verschiedenen Studien unterschiedliche Ziele untersucht werden. (Beeble & Salem, 2009; Salem, Gant & Campbell, 1998; Castelein et al., 2008) Wie bereits eingangs erwähnt, stellt das Recovery-Konzept eine richtungsweisende Voraussetzung in der Arbeit in SHG dar. (Utschakowski, 2009) Beeble und Salem (2009) untersuchten in ihrer Studie Selbsthilfeorganisationen für Menschen aus dem schizophrenen Formenkreis in Hinblick auf die Auswirkung auf den Recovery-Prozess, den sie in vier Phasen einteilten. Sie gingen davon aus, dass der ExpertInneneinfluss und der Einfluss durch Vorbilder, beide spielen in SHG eine wichtige Rolle, unterschiedlich auf diese Phasen einwirken und auch abhängig davon sind, welche Funktion die Personen innerhalb der Gruppe ausüben, entweder LeiterInnen oder Mitglieder. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl ExpertInneneinfluss als auch der Einfluss durch Vorbilder, bei dem die Identifikation eine bedeutende Komponente darstellt, von den Versuchspersonen allgemein

unterschiedlich wahrgenommen wird. In der Phase der Erkenntnis und des Bewusstwerdens über die Störung, der zweiten Phase, spielt vor allem der Einfluss durch Vorbilder eine wichtige Rolle. Identifikation mit anderen in der Gruppe ist wichtig für die Erfahrung, mit der Diagnose nicht alleine zu sein und diese in weiterer Folge leichter akzeptieren zu können. Während in den letzten beiden Phasen der Neudefinierung und der Zunahme von Wohlbefinden und Lebensqualität für Mitglieder einer SHG sowohl das ExpertInnenwissen als auch der Einfluss durch Vorbildwirkungen für die Mitglieder eine Rolle spielen, stellt für die LeiterInnen der SHG die Zuschreibung von Expertisen eine bedeutende Komponente dar. Ein zentrales Ergebnis der AutorInnen ist mit Sicherheit, dass das ExpertInnenwissen von anderen Erfahrenen in der Gruppe dann als hilfreich erlebt wird, wenn die Mitglieder Gemeinsamkeiten mit den anderen verspüren.

Ein Projekt, das ebenfalls nach dem Recovery-Ansatz arbeitet, sind die Anonymen Schizophrenen, von denen 12 Gruppen in Michigan in den USA vertreten sind. Salem et al. (1998) untersuchten in ihrer Studie die Initialisierung einer solchen Gruppe im Bereich Betreutes Wohnen und berichteten von Schwierigkeiten, die dabei auftreten können. Das Besondere dabei ist, dass hier eine Betreuungsperson am Anfang mithalf, diese Gruppe aufzubauen. Um die Erfahrungen aufzunehmen wurden Interviews mit den beteiligten Personen vor dem ersten Treffen und nach dem letzten durchgeführt. Die AutorInnen berichten in diesem Zuge, dass von Seiten der BetreuerInnenteams bereits vorab Befürchtungen geäußert worden waren, die BewohnerInnen könnten sich über sie beschweren. Die Ergebnisse zeigen aber, dass eine Einführung von SHG in Wohnstätten eher erfolgreich ist, wenn die BetreuerInnen eine freiwillige und vertrauliche Teilnahme an den Treffen ermöglichen. In diesem Fall wurden die SHG nach der Initiierungsphase nicht mehr weitergeführt, Barrieren fanden sich sowohl individuell als auch in den Wohnstätten. Die AutorInnen sehen die Schwierigkeit vor allem darin, dass hier dem Betreuungsteam sehr viel Kontrolle und Verantwortung von Seiten der BewohnerInnen zugeschrieben wurde. In einer Selbsthilfegruppe geht es jedoch vor allem um Eigenverantwortung, was laut den AutorInnen vielleicht in diesem Setting eine große Hürde darstellt. Trotzdem berichten sie von Ergebnissen der Interviews, wonach die Wahrnehmung von ähnlichen Erfahrungen unter den TeilnehmerInnen der SHG wichtig ist. Die Diagnose alleine reicht

dabei nicht aus, die Nähe wird umso größer, wenn zum Beispiel der/die LeiterIn der SHG in der selben Wohngemeinschaft gelebt hat.

In den Niederlanden haben Castelein et al. (2008) eine Studie zu Gruppen für KlientInnen mit Psychoseerfahrung untersucht und gehen wie andere AutorInnen davon aus, dass Komponenten wie das soziale Netzwerk, soziale Unterstützung, Selbstwirksamkeit, der Selbstwert, sowie Lebensqualität entscheidend im Genesungsprozess von Personen mit psychischen Störungen sind. Gegenstand der Untersuchung waren Gruppen, die von einer weiblichen Krankenpflegerin und einem Patienten oder einer Patientin geleitet wurden. Die Erhebung fand als randomisiertes Versuchs-Kontrollgruppen-Design statt. Die Ergebnisse, die aus der Fragebogenstudie hervorgehen, zeigen, dass jene Personen in der Versuchsgruppe auch außerhalb der Sitzungen mehr Kontakt zu den anderen Mitgliedern haben, diese Kontakte jedoch nicht generalisiert werden können auf weitere Personenkreise, wie Familie oder FreundInnen. Trotzdem können diese Gruppen als effektiv in Bezug auf den Ausbau des sozialen Netzwerkes gesehen werden. Bei den Komponenten Selbstwirksamkeit, Selbstwert und Lebensqualität können keine Unterschiede zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe gefunden werden, allerdings betonen die AutorInnen, dass sich die Werte über die Zeit hinweg in der Versuchsgruppe verbesserten.

1.5.3.4 Wirksamkeitsstudien von SHG im deutschsprachigen Raum

Im deutschsprachigen Raum trifft Matzat (2004; 2008) Unterscheidungen zwischen den Angeboten an SHG in Abhängigkeit von ihrer Arbeitsweise. So spricht er von Anonymous-Gruppen, wie es zumeist Sucht-SHG sind, wie beispielsweise die Anonymen AlkoholikerInnen. Sie folgen einem 12 Schritte Programm und es geht darum, eigene Erfahrungen zu erzählen und weiterzugeben, konkrete Fragen oder Ratschläge sollen während der Treffen aber vermieden werden. Als Selbsthilfeorganisationen werden Verbände chronisch kranker oder behinderter Menschen beschrieben, deren Tätigkeit und Hauptziel in Aufklärung und der Vermittlung von Information besteht. Psychologisch-therapeutisch orientierte Gesprächs-SHG, dazu können auch die SHG bei *pro mente* Wien gezählt werden, arbeiten ohne einem festen Programm und ohne

Anleitung durch eine Fachkraft und definieren selbst den Grund oder das Thema der Treffen, beispielsweise angelehnt an Diagnosen, wie dies auch bei *pro mente* Wien der Fall ist. Bedeutende Komponenten sind das Einfühlen in die Problematiken der anderen, ohne sofort Ratschläge zu erteilen, aber auch Verantwortung für die Gruppe zu übernehmen. Diese Form der SHG erfordert Ressourcen wie Engagement, Offenheit für Neues oder soziale Kompetenz, was laut Matzat (2004; 2008) möglicherweise für einige KlientInnen auch eine Überforderung darstellen kann.

Durchwegs positive Ergebnisse finden Höflich et al. (2007) in ihrer Untersuchung, in der sie der Frage nachgehen, wie häufig und in welcher Kombination PatientInnen nach einem stationären Aufenthalt SHG und/oder Psychotherapien in Anspruch nehmen. Die Erhebungsmethode war die Vorgabe einer Reihe von Fragebögen, nämlich das Inventar Interpersonaler Probleme (IIP-D), das Neo-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI), der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugung (FKK), der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU-22), sowie die Symptom Check-Liste (SCL90-R) und ein selbst entwickelter Fragebogen zur Inanspruchnahme und Bewertung von Psychotherapie und SHG. Insgesamt nahmen 2817 Versuchspersonen an dieser Studie teil, davon nahmen 7,6% an einer SHG teil, davon 5,4% an einer SHG und einer Psychotherapie, 1,3% an einer SHG und an einer ambulanten wie stationären Psychotherapie, lediglich 0,9% suchten nur eine SHG auf. Vorwiegend gingen PatientInnen mit depressiven oder Angststörungen in die Untersuchung ein, gefolgt von PatientInnen mit Ess- und Suchtstörungen. Durch die häufig kombinierte Inanspruchnahme der Angebote kann eine Bestätigung der Annahme, dass SHG keine Konkurrenz, sondern eine Ergänzung zu Psychotherapien darstellen, gefunden werden. PatientInnen aus Akutkliniken nehmen SHG und Psychotherapien eher in Anspruch als jene aus Rehabilitationskliniken. Die AutorInnen kommen auch zu dem Ergebnis, dass TeilnehmerInnen von SHG Vorerfahrung mit Gruppen haben und diese auch positiver bewerten, weiters sind sie offener für Erfahrungen und sprechen häufiger mit ambulanten TherapeutInnen über SHG. Auch aus dieser Studie geht die Empfehlung hervor, dass die Teilnahme unabhängig von der Diagnose zu sehen ist und jenen Personen eine SHG eher empfohlen werden soll, die sich gut in Gruppen zurechtfinden und aufgeschlossen für neue Erfahrungen sind.

Heindl, Rupprecht und Wolfersdorf (2008) untersuchten die Wirkung von SHG bei depressiven KlientInnen und sehen diese Form des Angebots, wie bereits an dieser Stelle wiederholt angemerkt, als Ergänzung im Rahmen der Behandlungsmaßnahmen. Wichtig ist den KlientInnen das Angenommensein unter anderen Betroffenen, was sie als Entlastung erleben. SHG werden von den AutorInnen als bedeutender Bestandteil in Hinblick auf soziale Einbindung und dauerhafte Unterstützung gesehen. Die TeilnehmerInnen selbst geben an, dass es ihnen nach den Treffen besser gehe als vorher und erleben den gegenseitigen Austausch von Erfahrung und die Unterstützung als hilfreich und schätzen SHG als empfehlenswert ein.

Meyer et al. (2008) untersuchten SHG auch im stationären Setting und beschreiben Rahmenbedingungen, die beachtet werden sollten, Chancen und auch Risiken. Im stationären Setting ist es wichtig, dass innerhalb der SHG kein Mitglied des Betreuungsteams anwesend ist, die PatientInnen also autonom handeln können. Voraussetzung dafür ist die Akzeptanz und Unterstützung durch das Betreuungsteam, sie sollten den PatientInnen gegenüber das Konzept der Selbsthilfe positiv vertreten und Interesse daran zeigen. Die AutorInnen beschreiben mögliche Schwierigkeiten zu Beginn der Gründung der SHG, denen durch direkte Beratungen in den Gruppen entgegen gewirkt werden könnte. Auch die Verankerung der SHG im Therapieplan soll die Selbstverantwortlichkeit und Eigenaktivität der PatientInnen fördern und sie lernen dadurch auch ein Angebot kennen, welches sie nach dem stationären Aufenthalt weiter nutzen können. 920 Personen nahmen an der Befragung, die mittels einer Reihe von Fragebögen durchgeführt wurde, teil. Die Verfahren umfassten den Fragebogen zur Symptombelastung (SCL-90-R), den Fragebogen zu interpersonellen Problemen (IIP), den Fragebogen zur Kontrollüberzeugung (FKK), den Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU Kurzform), sowie die Skala des Eroquel, welche eine Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes darstellt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass der Großteil der TeilnehmerInnen an der SHG diese als hilfreich erlebten, auch wenn nur 28,1% sie als sehr hilfreich oder ziemlich hilfreich einschätzten, gaben immerhin 47,5% an, sie habe etwas geholfen. 23,2% gaben an, die SHG habe nicht geholfen. Beinahe die Hälfte, nämlich 49,2% fühlten sich in der Gruppe gut aufgehoben, 30-40% der TeilnehmerInnen erlebten die SHG als hilfreich oder eher hilfreich in Bezug auf weitere Aspekte, wie heikle Probleme äußern zu können oder anderen zu helfen

und Hilfe zu erhalten. Es wurde aber kein signifikanter Zusammenhang zwischen der SHG im stationären Setting und einer Teilnahme an einer SHG nach dem stationären Aufenthalt gefunden. Die AutorInnen berichten, dass die SHG als besonders positiv erlebt wird, wenn die TeilnehmerInnen auch die geleitete Gruppe auf der Station oder die Gespräche mit den MitpatientInnen hilfreich für sich nutzen konnten. Die zugrunde liegenden Faktoren vermuten die AutorInnen also eher im Bereich der Kontakt- und Gruppenfähigkeit, als der Symptombelastung, der Kontrollüberzeugung oder der sozialen Kompetenz. Meyer et al. (2008) empfehlen aus ihrer Studie heraus auch die Überprüfung und Passung von möglichen SHG individuell für die PatientInnen, da aus der Untersuchung auch hervorgeht, dass nicht alle Personen in gleichem Maße von einer SHG profitieren.

2 EMPIRISCHER TEIL

2.1 Ziele der Untersuchung und Formulierung der Fragestellung

Im Bereich der SHG werden in der Literatur zahlreiche Wirksamkeitsstudien diskutiert und beschrieben, durchwegs gibt es positive Ergebnisse oder zumindest keine Unterschiede zu anderen Angeboten, aber keine negativen Veränderungen in den erhobenen Dimensionen. Im Bereich des Peer Supports, speziell den Peerberatungen, findet man allerdings wenige Evaluationen der Angebote, beziehungsweise eher Wirksamkeitsstudien zu den Ausbildungen zu PeerberaterInnen. Rummel-Kluge et al. (2007) weisen im Rahmen des Ausblicks ihrer Studie auf zukünftige Untersuchungen hin, die weitere Komponenten, wie Empowerment und Zufriedenheit, beinhalten sollen. Häufig wird die Zufriedenheit der KlientInnen mit den Angeboten erhoben, nicht jedoch Veränderungen in Dimensionen, die in Zusammenhang mit dem Empowerment diskutiert werden, die allgemeine Zufriedenheit der Versuchspersonen oder die Befindlichkeiten dieser. Höflich et al. (2007) und Meyer et al. (2008) erheben in ihrer Studie zu SHG im stationären Setting Komponenten wie die Kontrollüberzeugung oder auch die wahrgenommene soziale Unterstützung der ProbandInnen, Höflich et al. (2007) testen zusätzlich noch die Persönlichkeitsdimensionen der Versuchspersonen mittels des Erhebungsinstrumentes NEO-FFI, eine Wirksamkeitsstudie über mehrere Zeitpunkte, die von diesen Testverfahren Gebrauch macht, fehlt jedoch auch hier.

Im Auftrag der Geschäftsführung von *pro mente* Wien und aufgrund des Mangels an Wirksamkeitsstudien von Peerberatungen, obwohl diese Form des Angebotes bereits seit Jahren Bestandteil des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystems vor allem im englischsprachigen Raum, aber auch in Deutschland, der Schweiz und in Österreich ist, soll als Ziel dieser Studie das Angebot der Peerberatung, sowie die SHG des nicht-berufsbezogenen Projektes der Selbsthilfeorientierten Projektarbeit bei *pro mente* Wien evaluiert und die Veränderungen durch die Angebote in Bezug auf die Dimensionen, die in Zusammenhang mit dem Empowerment stehen, die Befindlichkeit, die Balance zwischen Erholung und Belastung, die Zufriedenheit, sowie die soziale Unterstützung der KlientInnen untersucht werden. Zusätzlich soll die Persönlichkeit der

Versuchspersonen erhoben und Kontrollvariablen wie Depression und Angst in Interaktionen getestet werden.

Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen und Hypothesen zur Peerberatung, die im Zuge der Studie untersucht werden sollen.

Hauptfragestellung:

H 01a: Durch die Teilnahme an der Peerberatung gibt es eine Veränderung in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit.

In Bezug auf die Peerberatung ergeben sich folgende Nebenfragestellungen:

H 02a: Es gibt Geschlechtsunterschiede in der Veränderung der Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit.

H 03a: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Versuchsperson und dem Geschlecht des/der Peerberaters/Peerberaterin in Bezug auf die Veränderung der Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit.

H 04a: Es gibt Unterschiede in der Veränderung der Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit über die verschiedenen Störungsbilder hinweg.

H 05a: Je höher die Werte in den Dimensionen Offenheit für Erfahrung und Extraversion und je geringer die Werte in der Dimension Neurotizismus sind, desto eher besuchen die Versuchspersonen anschließend an die Peerberatung eine SHG.

H 06a: Je extravertierter eine Person ist, desto mehr verändern sich die Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit.

H 07a: Je höher die Werte in der Dimension Neurotizismus sind, desto weniger verändern sich die Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit.

H 08a: Das Alter hat einen Einfluss auf die Veränderung der Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit.

H 09a: Es gibt Unterschiede in der Veränderung der Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit abhängig davon, ob die Versuchspersonen in einer Beziehung leben oder nicht.

In Bezug auf die SHG ergeben sich folgende Hauptfragestellungen:

H 01b: Durch die Teilnahme an den SHG gibt es eine Veränderung in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

H 02b: Durch die Teilnahme an den SHG verringern sich die Ergebnisse der Kontrollvariablen Depression und Ängstlichkeit.

Außerdem ergeben sich weitere Nebenfragestellungen:

H 03b: Je länger die Versuchspersonen eine SHG besuchen, desto mehr verändern sich die Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance

zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

H 04b: Es gibt Geschlechtsunterschiede in der Veränderung in den Werten in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

H 05b: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Versuchsperson und dem Geschlecht der Leitung der Selbsthilfegruppe in Bezug auf die Veränderung der Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

H 06b: Es gibt Unterschiede in der Veränderung der Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung über die unterschiedlichen Störungsbilder hinweg.

H 07b: Je extravertierter eine Person ist und je höher die Werte in der Persönlichkeitsdimension Offenheit für Erfahrung sind, desto mehr verändern sich die Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

H 08b: Je höher die Werte in der Dimension Neurotizismus sind, desto weniger verändern sich die Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

H 09b: Das Alter hat einen Einfluss auf die Veränderung der Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung,

der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

H 10b: Es gibt Unterschiede in der Veränderung der Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung abhängig davon, ob die Versuchspersonen in einer Beziehung leben oder nicht.

Außerdem wird im Rahmen dieser Studie eine Fragestellung über die Angebote Peerberatung und SHG hinweg formuliert:

H 01c: Die Versuchspersonen aus der Peerberatung unterscheiden sich nach der Peerberatung von jenen Versuchspersonen in den SHG zum zweiten Messzeitpunkt hinsichtlich der Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, sowie Depression und Ängstlichkeit.

2.2 Methode

2.2.1 Erhebung der Stichprobe

Die Stichprobe für die vorliegende Studie wird bei *pro mente* Wien, der Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit im Rahmen der Selbsthilfeorientierten Projektarbeit im nicht-berufsbezogenen Bereich in der Peerberatung und den SHG erhoben. Der Erhebungszeitraum erstreckt sich insgesamt von April 2010 bis April 2011. Da das Angebot von Seiten *pro mente* Wiens auf erwachsene Personen ab dem 18. Lebensjahr mit psychischen Störungen ausgerichtet ist, ist damit auch die Stichprobe für die vorliegende Studie definiert. Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Peerberatung und den SHG im Allgemeinen und somit auch für die vorliegende Studie sind akute primäre

Suchterkrankung und Versuchspersonen mit strafgerichtlichen Fragestellungen, sowie intellektuelle Behinderung.

Das ursprünglich geplante Design der Untersuchung ist ein Prä-Post-Kontrollgruppen-Design, bei dem der gesamte Fragebogen den Versuchspersonen vor der ersten Peerberatung, nach der letzten Peerberatung, sowie in einem Follow-up nach einem halben Jahr vorgelegt wird, wobei sich die Versuchsgruppe aus jenen Personen zusammensetzt, die im Anschluss an die Peerberatung eine SHG besuchen und die Kontrollgruppe aus jenen, die zwar die Peerberatung in Anspruch nehmen, danach jedoch keine SHG besuchen.

2.2.1.1 EXKURS: Probleme während der Datenerhebung

Kurz nach Beginn der Datenerhebung im April 2010 treten erste Probleme auf, da wenige KlientInnen der Peerberatung tatsächlich an der Studie teilnehmen, die Gründe dafür sind in der Länge der Fragebögen zu vermuten. Da nach kurzer Zeit abzusehen ist, dass mit dieser Form des Untersuchungsdesigns die Datenerhebung sehr lange dauern und den Rahmen der Datenerhebung einer Diplomarbeit sprengen würde, wird ein alternatives Design angedacht. Um die Compliance der ProbandInnen zu erhöhen, wird der Fragebogen, der vor der ersten Peerberatung vorgegeben wird, gekürzt. Für die SHG wird im Zuge dessen ein Schreiben verfasst, in dem auf die Wichtigkeit der Teilnahme an der Studie hingewiesen und um hohe Rücklaufquoten gebeten wird. Das Schreiben wird außerdem vom Geschäftsführer der *pro mente* Wien und Auftraggeber, Herrn Dr. Rudolf Wagner, unterschrieben.

Das tatsächlich durchgeführte Design der Studie ist nun aus den genannten Gründen ein Prä-Post-Design, getrennt für die Peerberatung und die SHG. Den ProbandInnen in der Peerberatung werden der kurze Fragebogen vor der ersten und der lange Fragebogen nach der letzten Beratung direkt vor Ort bei *pro mente* Wien vorgelegt, wobei die Versuchspersonen drei bis fünf Beratungen in Anspruch nehmen. Der Zeitraum der Erhebung der Daten für die Peerberatung erstreckt sich vom 28. April 2010 bis zum 27. April 2011. Jenen Personen in den SHG werden die langen Fragebögen

zum ersten Messzeitpunkt, der vom 25. Mai 2010 bis zum 30. Juni 2010 dauert und zum zweiten Messzeitpunkt nach circa einem halben Jahr zwischen dem 16. November 2010 und dem 29. Dezember 2010 vorgelegt. Aufgrund der Dauer, die benötigt wird, um den Fragebogen auszufüllen und der Tatsache, dass in den Sitzungen der SHG keine Zeit in Anspruch genommen werden darf, wird der Fragebogen den KlientInnen nach Hause mitgegeben. Sie werden angehalten, diesen so rasch als möglich in den nächsten Sitzungen ausgefüllt zurückzubringen. Insgesamt gehen ProbandInnen aus sechs SHG zum Thema „Angst und Depression“ ein, aus zwei SHG zum Thema „Bipolare Sturzflieger“, Versuchspersonen aus einer SHG mit dem Thema „Stimmen hören“ und aus einer Gruppe zum Thema „Sozialphobie“ in die Studie ein.

2.2.2 Erhebungsinstrumente

Die Untersuchung wird mittels Fragebögen durchgeführt, die sich einerseits aus soziodemographischen Variablen zusammensetzen, weiters aus einem allgemeinen Persönlichkeitsinventar zur Erhebung der Persönlichkeitsdimensionen, aus Fragebögen zu den relevanten Dimensionen, die in der Untersuchung getestet werden sollen, sowie Kontrollvariablen, die sich aus der Konzeption der Studie ergeben, nämlich die Depression und die Ängstlichkeit in Interaktionen. Aus ökonomischen Gründen werden die Erhebungsinstrumente teilweise in gekürzter Form vorgegeben, hierbei werden jeweils die trennschärfsten Items ausgewählt oder Kurzformen, wenn vorhanden, hinzugezogen.

Die Problemstellung und somit das Störungsbild der KlientInnen der Peerberatung wird nicht im Rahmen der Fragebögen erhoben. Die Peerberatung ist zwar durch einen diagnosefreien Zugang der Beratung charakterisiert, trotzdem wird im Rahmen der Projekte die Diagnose der KlientInnen auch für interne statistische Zwecke erhoben, weshalb auch für die vorliegende Studie diese Informationen miteinbezogen werden. Die Problemstellung in den SHG richtet sich nach den Themen der SHG, die im Rahmen der Fragebögen erfragt werden.

Die soziodemographischen Variablen umfassen das Alter, das Geschlecht, den Familienstand, den höchsten abgeschlossenen Bildungsgrad und den Beruf bzw. zuletzt

ausgeübten Beruf der Versuchspersonen. Der Beruf bzw. zuletzt ausgeübte Beruf geht aber in die weiteren statistischen Berechnungen nicht mehr ein, da er im nicht-berufsbezogenen Projekt keine Relevanz hat, weil die KlientInnen durchwegs langzeitarbeitslos oder arbeitsunfähig sind.

Im Rahmen der Erhebung der Peerberatung wird außerdem nach dem Geschlecht des/der Peerberaters/Peerberaterin und danach, ob anschließend eine Selbsthilfegruppe besucht wird und wenn ja, welche, gefragt.

Im Rahmen der Erhebung der SHG wird zusätzlich nach dem Geschlecht der Leitung der Selbsthilfegruppe gefragt und wie lange und wie häufig die Selbsthilfegruppe besucht wird.

2.2.2.1 NEO-Persönlichkeitsinventar

Das NEO-Persönlichkeitsinventar (NEO-PI-R) nach Costa und McCrae (1992) in der deutschen Übersetzung nach Ostendorf und Angleitner (2004) stellt einen Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Persönlichkeitsstruktur, basierend auf dem Big Five Faktorenmodell der Persönlichkeit dar. In der Langform besteht der Fragebogen aus 240 Items, aufgeteilt in fünf Hauptskalen „Neurotizismus“, „Extraversion“, „Offenheit für Erfahrung“, „Verträglichkeit“ und „Gewissenhaftigkeit“. Aus ökonomischen Gründen wird jedoch in der vorliegenden Arbeit die deutsche Kurzform von Hanfstingl (2004) verwendet. Zur Beantwortung der Items steht eine fünfstufige Ratingskala zur Verfügung mit den Ausprägungen „starke Ablehnung“, „Ablehnung“, „neutral“, „Zustimmung“ und „starke Zustimmung“.

Die Skala „Neurotizismus“ soll den Gegensatz von emotionaler Stabilität versus emotionaler Labilität erfassen, wobei es darum geht, wie positive und negative Emotionen erlebt werden. Personen mit hohen Ausprägungen in dieser Skala beschreiben sich als empfindlicher und neigen leichter dazu, in Stresssituationen aus dem emotionalen Gleichgewicht zu kommen. Niedrige Ausprägungen werden von Personen berichtet, die sich als eher ausgeglichen sehen, auch in Stresssituationen.

Die Skala „Extraversion“ bezieht sich grob auf eine gesellige Persönlichkeitsausprägung, Personen mit hohen Werten beschreiben sich selbst als

gesprächig, freundlich, unternehmensfreudig und aktiv. Niedrige Ausprägungen weisen eher introvertierte Personen auf, wobei als Introversion eher das Fehlen von Extraversion verstanden werden sollte. Diese Personen beschreiben sich als zurückhaltend, ruhig und ausgeglichen und bevorzugen es, alleine zu sein.

Charakteristisch für die Skala „Offenheit für Erfahrung“ ist das Interesse an neuen Erlebnissen und Eindrücken. Personen mit hohen Ausprägungen verfügen über ein reges Fantasieleben, lassen sich auf neue Ideen ein und sind unkonventionell in ihrer Wertorientierung. Hingegen können Personen mit niedrigen Ausprägungen als konventionell und konservativ beschrieben werden, sie ziehen Bekanntes Neuem vor.

Die Skala „Verträglichkeit“ bezieht sich auf Einstellungen und Verhalten in sozialen Beziehungen. Personen mit hohen Ausprägungen zeichnen sich durch Wohlwollen und Gutmütigkeit in der Begegnung mit anderen aus, Personen mit niedrigen Ausprägungen beschreiben sich eher als egoistisch, misstrauisch und neigen weniger zu kooperativem Verhalten.

Mit der Skala „Gewissenhaftigkeit“ wird die Selbstkontrolle in Bezug auf die Bearbeitung und das Fertigstellen von Aufgaben erfasst. Personen mit hohen Ausprägungen sind eher zielstrebig, willensstark und entschlossen, niedrige Ausprägungen weisen Personen auf, die ihre Aufgaben nicht mit einem so hohen Engagement verfolgen.

Bezüglich der Testtheoretischen Kennwerte des NEO-PI-R ist zu erwähnen, dass die interne Konsistenz (Cronbach Alpha) der Hauptskalen um $\alpha=.90$, die Retest-Reliabilitäten zwischen $r=.82$ und $r=.91$ liegen. Die Konstruktvalidität kann mit einer Vielzahl an Studien belegt werden.

Beispielitems:

1. Neurotizismus: „Ich fühle mich oft angespannt und nervös.“
2. Extraversion: „Ich habe gerne Leute um mich herum.“
3. Offenheit für Erfahrung: „Ich finde philosophische Diskussionen langweilig.“
4. Verträglichkeit: „Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig.“

5. Gewissenhaftigkeit: „Ich versuche, alle mir aufgetragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen.“

2.2.2.2 *Befindlichkeits-Skala*

Die Befindlichkeits-Skala (BF-S) von Zerssen (1976) ist ebenfalls ein Selbsteinschätzungsbogen, basierend auf einer Adjektivaliste bestehend aus Gegensatzpaaren und dient der Erfassung der momentanen Befindlichkeit einer Person. Zur Beantwortung steht eine dreistufige Skala zur Verfügung, wobei zwischen dem Eigenschaftswort und dem Gegensatz entschieden werden kann, beziehungsweise ist für die ProbandInnen auch die Möglichkeit „weder-noch“ gegeben. In der vorliegenden Studie bedeuten hohe Werte eine gute Befindlichkeit. Inhalt der Gegensatzpaare an Eigenschaftswörtern sind entweder gegensätzliche Zustände, gesteigertes und beeinträchtigtes Wohlbefinden oder sie betreffen die Stimmung, den Antrieb, das Selbstwerterleben, das Vitalgefühl oder anderes, zielt jedoch immer auf den Moment ab.

Die Befindlichkeits-Skala liegt in zwei Parallelförmigkeiten vor mit hohen Korrelationen von $r=.86$ zwischen diesen. Reliabilität und Validität gelten als gegeben, die innere Konstistenz (Cronbach Alpha) ist mit $\alpha=.92$ an einer Stichprobe mit gesunden Personen und an Personen mit psychischer Störung mit $.97$ sehr hoch. In der vorliegenden Studie wird die Form Bf-S verwendet.

Beispielitem:

„frisch – matt“

2.2.2.3 *Fragebogen zu Lebenszielen und Lebenszufriedenheit*

Der Fragebogen zu Lebenszielen und Lebenszufriedenheit (FLL) von Kraak und Nord-Rüdiger (1989) ist ein Selbstbeurteilungsbogen, dessen Intention es ist, private und gesellschaftliche Orientierungen zu erfassen, die als Lebensziele operationalisiert sind. Diese werden anhand von vier Skalen abgefragt, diese umfassen die subjektive

Bedeutsamkeit, das subjektive Gegebensein, die subjektive Handlungsmacht, die mit dem Konstrukt der Selbstwirksamkeit vergleichbar ist, die Zukunftserwartung und die Zufriedenheit. Für die Beantwortung stehen vier- bis siebenstufige Ratingskalen zur Verfügung. Alle vier Skalen werden in Bezug auf etliche Themen abgefragt, aus ökonomischen Gründen werden für die vorliegende Studie folgende ausgewählt: Gesundheit, wirtschaftliche Sicherheit, Sicherheit vor Arbeitslosigkeit, stabile Beziehungen zu anderen Menschen, guter Lebensstandard, sich für andere Menschen einsetzen, gute Arbeitsbedingungen, die Arbeit mitgestalten können, beruflich erfolgreich sein, Freude an der Freizeit, Verbundenheit mit anderen Menschen, geliebt werden, sexuelle Befriedigung, gutes Zusammenleben in der Familie, gute Entwicklung des Kindes/der Kinder, positiver Eindruck auf andere, persönliche Entwicklung, Selbstachtung und das Leben als sinnvoll erleben. Themengebiete zu politischem Handeln, sowie zu Politik und Wirtschaft werden in dieser Studie nicht miteinbezogen, einerseits aus ökonomischen Gründen, andererseits, weil sie in Bezug auf die Fragestellungen keinen Zugewinn an Erkenntnis bedeuten würden.

Für den FLL kann eine gute Retest-Reliabilität angenommen werden, die meisten Korrelationen liegen über $r=.70$.

Beispielitems (Auflistung der Skalen am Beispiel eines Themas):

1. Skala Bedeutsamkeit: „Wie wichtig ist dieses Ziel für mich? Gesundheit“
2. Skala Gegebensein: „Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben? Gesundheit“
3. Skala Handlungsmacht: „Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte? Gesundheit“
4. Skala Zukunftserwartung: „Wie sieht meine absehbare Zukunft aus? Gesundheit“
5. Skala Zufriedenheit: „Wie zufrieden bin ich damit? Gesundheit“

2.2.2.4 Erholungs-Belastungs-Fragebogen

Der Erholungs-Belastungs-Fragebogen (EBF) von Kallus (1995) zielt auf die aktuelle Beanspruchungs-Belastungs-Bilanz ab und erfasst in Form eines Selbsteinschätzungsfragebogens die Belastungen und auch Erholungsaktivitäten der ProbandInnen. Kallus (1995) geht in der Konstruktion des Fragebogens theoretisch von den gängigen Stress- und Erholungsmodellen der Wissenschaft aus und nimmt an, dass es durch eine andauernde Belastung ohne ausgleichende Erholungsmöglichkeit zu einer Veränderung im psychophysischen Zustand einer Person kommt. Eine wesentliche Bedeutung kommt hierbei aber auch der Bewertung der belastenden Ereignisse zu. Der Erholungs-Belastungs-Fragebogen wird als Selbsteinschätzungsbogen gehandhabt und liegt in einer Langform mit 72 Items, sowie einer Kurzform mit 24 Items vor, worauf im Rahmen dieser Studie aus ökonomischen Gründen zurückgegriffen wird. Auf einer siebenstufigen Skala von „nie“ bis „immerzu“ werden belastende sowie erholsame Ereignisse und deren subjektive Konsequenzen der vorausgegangenen drei Tage erfasst. In der vorliegenden Studie bedeuten hohe Werte mehr Erholung als Belastung, niedrige Werte mehr Belastung als Erholung. Die Items werden auf insgesamt 12 Subtests aufgeteilt und haben folgenden Inhalt: allgemeine Belastung und Niedergeschlagenheit, emotionale Belastung, soziale Spannungen, ungelöste Konflikte und Erfolglosigkeit, Übermüdung und Zeitdruck, Energielosigkeit und Unkonzentriertheit, körperliche Beschwerden, Erfolg und Leistungsfähigkeit, Erholung im sozialen Bereich, körperliche Erholung, allgemeine Erholung und Wohlbefinden, sowie erholsamer Schlaf.

Für die Überprüfung der teststatistischen Kennwerte wurde eine Stichprobe aus gesunden und studentischen Personen verwendet, es gingen also keine Personen mit einer psychischen Störung in die Referenzstichprobe ein. Die innere Konsistenz (Cronbach Alpha) liegt mit Werten zwischen $\alpha=.60$ und $\alpha=.97$ im zufriedenstellenden Bereich, so auch die Retest-Reliabilität mit $r=.79$ bis $r=.91$. Die Kriteriumsvalidität mit dem aktuellen Befinden kann mit $r>.25$ als gegeben gelten, der Fragebogen kann somit zur Abbildung des Erholungs-Belastungs-Zustandes eingesetzt werden.

Beispielitem:

„In den letzten 3 Tagen und Nächten habe ich... ferngesehen.“

2.2.2.5 Fragebogen zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung

Der Fragebogen zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Jerusalem und Schwarzer (1981) ist ursprünglich zur Erfassung der Kompetenzerwartung im schulischen Bereich entwickelt worden, jedoch liegt er mittlerweile auch in einer allgemeinen Form vor, in der subjektive Erwartungen von Kontrollierbarkeit und Kompetenz einer Personen unter den verschiedensten Anforderungsbedingungen erfasst werden sollen. Die theoretische Grundlage für die Konstruktion des Fragebogens ist das im Rahmen der sozial-kognitiven Lerntheorien entwickelte Konzept der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1977, zit. Nach Jerusalem & Schwarzer, 1981). Der Fragebogen zur allgemeinen Selbstwirksamkeit umfasst insgesamt 20 Items, in dieser Studie wird jedoch aus ökonomischen Gründen die Kurzform mit zehn Items den Versuchspersonen vorgelegt. Zur Beantwortung steht eine vierstufige Ratingskala mit den Ausprägungen „trifft gar nicht zu“, „trifft kaum zu“, „trifft zu“ und „trifft ganz zu“ zur Verfügung.

Die testtheoretischen Kennwerte liegen für verschiedene Normstichproben vor. Der Fragebogen kann als reliabel angesehen werden, die innere Konsistenz (Cronbach Alpha) liegt bei $\alpha=.71$ bis $\alpha=.89$. Es liegen inhaltliche Validitäten zu anderen Eigenschaftskonstrukten vor, woraus aus den Zusammenhängen Validitätshinweise gewonnen werden können, weiters verfügt der Fragebogen über inhaltlich-logische Gültigkeit.

Beispielitem:

„Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.“

2.2.2.6 Wiener Selbstwerttest

Der Wiener Selbstwerttest (WST) von Tobolka, Olbrich und Herkner (2003) dient der Erfassung des Selbstwertes einer Person. Die zugrunde liegende Theorie ist die Theorie der Selbstziele von Greenwald et al. (1982, zit. nach Tobolka, 2003), die vier

verschiedene Komponenten des Selbst postulieren, nämlich das diffuse, das öffentliche, das private und das kollektive Selbst. Die Ziele, die damit verbunden sind, sind die hedonistische Befriedigung, die Anerkennung durch andere, das Erfüllen eigener Standards und die Identifikation mit einer Bezugsgruppe, zu der Familie, ArbeitskollegInnen, FreundInnen, Mitglieder eines Vereins etc. zählen können. Auf dieser Theorie basierend einen Selbstwertfragebogen zu erstellen, wurde zum ersten Mal von Herkner (1994) diskutiert. Der Fragebogen liegt in einer State und einer Trait Version vor, wobei die State Version den augenblicklichen Zustand erhebt und die Trait Version den Selbstwert im Allgemeinen untersucht, jeweils für die vier Komponenten des Selbst. Im Rahmen der vorliegenden Studie kommen aus ökonomischen Gründen jeweils fünf Items aus den vier Komponenten in der Trait Version zum Einsatz, wobei die ersten drei Komponenten zusammengefasst werden und der Selbstwert in Bezug auf die Identifikation mit einer Bezugsgruppe als eigene Komponente erhoben wird. Insgesamt werden den Versuchspersonen somit 20 Items vorgelegt, ihnen steht zur Beantwortung eine vierstufige Ratingskala mit den Ausprägungen „nie“, „manchmal“, „oft“ und „fast immer“ zur Verfügung.

Die testtheoretischen Kennwerte zeigen durchwegs zufriedenstellende Werte, für die Gesamtskala der Trait Version wird eine innere Konsistenz von $\alpha=.93$ angegeben, auch die inhaltliche und die Konstruktvalidität mit anderen Erhebungsinstrumenten für den Selbstwert wird als gegeben angenommen.

Beispielitems:

Diffuses Selbst: „Ich bin gut gelaunt.“

Kollektives Selbst: „Ich bin froh, Mitglied dieser Gruppe zu sein.“

2.2.2.7 Skalen Soziale Unterstützung

Die Skalen Soziale Unterstützung (SSU) von Laireiter (1996) stellen eine Zusammenfassung von drei Erhebungsinstrumenten zur wahrgenommenen Unterstützung dar. Eine Skala davon ist die Social Support Appraisals-Scale (SS-A) von Vaux et al. (1986, zit. nach Laireiter, 1996), welche in der vorliegenden Studie in der

deutschen Übersetzung von Laireiter (1996) zur Anwendung kommt. Hier wird die wahrgenommene emotionale Unterstützung von unterschiedlichen Personen, also FreundInnenunterstützung, familiäre Unterstützung, PartnerInnenunterstützung und Netzwerkunterstützung erhoben, diese Teile stellen auch die Subskalen dar und basieren auf dem Unterstützungskonzept von Cobb (1976, zit. nach Laireiter, 1996). Die Skala liegt in zwei Versionen vor, eine mit 23 Items und eine mit 28 Items, letztere wird in der deutschen Übersetzung in der Untersuchung verwendet. Die Antworten werden auf einer vierstufigen Likertskala erhoben mit den Ausprägungen „stimme überhaupt nicht zu“, „stimme nicht zu“, „stimme zu“ und „stimme stark zu“.

Die Skala wurde bisher selten an klinischen Stichproben getestet, die Normstichproben beziehen sich also auf nicht-klinische Stichproben, hier finden sich jedoch sehr gute testtheoretische Kennwerte, so liegen die Reliabilitäten mit einem Cronbach-Alpha zwischen $\alpha=.86$ und $\alpha=.92$ über die Gesamtskala und zwischen $\alpha=.70$ und $\alpha=.88$ für die Subskalen in einem sehr zufriedenstellenden Bereich. Auch die faktorielle Validität gilt als gegeben, sowie die konvergente und divergente Validität. Es konnten hohe korrelative Zusammenhänge zu anderen Testverfahren zur Erfassung von Unterstützung gezeigt werden.

Beispielitem:

„Meine Freunde respektieren mich.“

2.2.2.8 *Becks-Depressions-Inventar*

Das Becks-Depressions-Inventar (BDI) von Beck und Steer (1987; zit. nach Beck, Steer & Hautzinger, 2001) in der deutschen Ausgabe von Hautzinger, Bailer und Worall (Beck, Steer & Hautzinger, 2001) dient als Selbsteinschätzungsfragebogen der Erfassung der Schwere einer depressiven Symptomatik. Im Original aus dem angloamerikanischen und englischen Sprachraum, ist der Fragebogen mittlerweile in alle Kultursprachen weltweit übersetzt worden. Er liegt sowohl in einer Langform mit 21 Items als auch in einer Kurzform mit 13 Items vor. Den ProbandInnen stehen zur Beantwortung vier Aussagen hinsichtlich des Auftretens im Laufe der letzten Woche zur Verfügung, auf

einer Skala von nicht vorhanden bis zu starker Ausprägung. In der vorliegenden Studie wird die Langform des BDI angewendet. Die Inhalte der 21 Items sind traurige Stimmung, Pessimismus, Versagen, Unzufriedenheit, Schuldgefühle, Strafbedürfnis, Selbsthass, Selbstanklagen, Selbstmordimpulse, Weinen, Reizbarkeit, sozialer Rückzug und Isolierung, Entschlussunfähigkeit, negatives Körperbild, Arbeitsunfähigkeit, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Appetitverlust, Gewichtsverlust unter Berücksichtigung, ob die Gewichtsabnahme absichtlich oder unabsichtlich herbeigeführt wird, sowie Hypochondrie und Libidoverlust.

Hinsichtlich der testtheoretischen Kennwerte ist zu sagen, dass in die Referenzstichprobe überwiegend Personen mit depressiven Störungen eingegangen sind. Die Reliabilität kann mit einer inneren Konsistenz (Cronbach Alpha) von $\alpha=.88$ als gegeben gesehen werden. Die Autoren sehen auch die inhaltliche Validität als gegeben, sowie die innere Validität mit anderen Beurteilungsinstrumenten depressiver Symptomatik mit Korrelationen zwischen $r=.71$ und $r=.89$ an. Die äußere Validität gilt mit Rangkorrelationen über länger werdende Zeiträume von $r=.75$ zu $r=.49$ als bestätigt. Die klare Trennung der gesunden und psychosomatischen Stichprobe, die durch den BDI möglich ist, weist auf eine gute diskriminante Validität hin.

Beispielitem:

„Ich bin nicht traurig.

Ich bin traurig.

Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.

Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.“

2.2.2.9 Interaktions-Angstfragebogen

Der Interaktions-Angstfragebogen (IAF) von Becker (1997) geht davon aus, dass das Verhalten von Personen einerseits von der Charakteristik der betreffenden Person abhängig ist, andererseits aber auch von der jeweiligen Situation, in der sie sich befindet. Um dies zu verbinden, wird die subjektive Angst, die eine Person verspürt, in bestimmten Situationen abgefragt. Der IAF ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen, der

insgesamt aus 55 Items besteht, die wiederum auf zehn Skalen aufgeteilt werden können, wobei ein Item mehreren Skalen zugeordnet werden kann. Aus ökonomischen Gründen wird in der vorliegenden Studie nicht der gesamte IAF den ProbandInnen vorgelegt, sondern es werden insgesamt 20 Items in Abhängigkeit von der Höhe der Itemtrennschärfe ausgewählt und zwar auf der Basis der Skala „Globale Angstneigung“. Somit gehen nur Items in die Studie ein, deren Itemtrennschärfe in der Skala $T > .40$ ist. Zur Beantwortung steht den ProbandInnen eine siebenstufige Ratingskala zur Verfügung mit den Ausprägungen „ziemlich angenehm“, „ein wenig angenehm“, „weder-noch“, „ein wenig unangenehm“, „ziemlich unangenehm“, „sehr unangenehm“ und „äußerst unangenehm“.

Für die testtheoretischen Kennwerte ist eine Stichprobe gewählt worden, die für die gesamte deutsche Bevölkerung im Erwachsenenalter repräsentativ ist. Im Speziellen an Personen mit psychischen Störungen ist der IAF also nicht geeicht worden. Die internen Konsistenzen (Cronbach Alpha) können mit Werten von $\alpha = .72$ bis $\alpha = .91$ als gut angesehen werden, auch die Validität kann aufgrund zahlreicher Studien als gegeben angenommen werden.

Beispielitem:

„Wie unangenehm wäre es Ihnen, jemanden zur Rede zu stellen, der sich in einer Warteschlange vor Sie gedrängelt hat?“

2.3 Auswertung der Daten

2.3.1 Allgemeine Anmerkungen zur Auswertung

Die statistische Datenauswertung der Studie erfolgt mit dem Computerprogramm SPSS 17.

Die fehlenden Werte in den ausgefüllten Fragebögen werden durch die Mittelwerte über die Items ergänzt, wie es auch Bortz (2005) als Möglichkeit der Ergänzung von fehlenden Werten in der Literatur empfiehlt.

Zur Überprüfung von Veränderungs- und Unterschiedshypothesen werden parametrischen Verfahren, wie T-Tests für unabhängige oder abhängige Stichproben oder eine Varianzanalyse, angewendet. Die Voraussetzungen für diese parametrischen Verfahren werden im Vorfeld getestet, wobei die Intervallskala der Items und Subskalen angenommen wird, da standardisierte Erhebungsverfahren verwendet werden und daher die Ratingskalen als intervallskaliert angenommen werden. Die Normalverteilung der Subskalen wird mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüft, die Homogenität der Varianzen mit dem Levene-Test. Sollten die Voraussetzungen für die parametrischen Testverfahren nicht gegeben sein, kommen die entsprechenden parameterfreien Verfahren zur Anwendung.

Zusammenhangshypothesen werden mit Korrelationen nach Pearson oder linearen Regressionen berechnet.

Allgemein wird für die Hypothesenprüfung über alle Hypothesen hinweg eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% angenommen, das Signifikanzniveau liegt somit bei $\alpha=.05$.

2.3.2 Dropout-Analyse

2.3.2.1 Dropout-Analyse der Peerberatung

Insgesamt nahmen im Untersuchungszeitraum 108 Personen eine Peerberatung in Anspruch, davon nahmen 76 Personen an der Studie teil. Davon sind 53,9% Männer und 46,1% Frauen. Die Problemstellungen, mit der die KlientInnen die Beratung aufsuchen, gliedern sich nach den Störungsbildern. 57,9% haben eine Angststörung oder eine Depression, 7,9% eine bipolare Störung, 22,4% weisen eine schizophrene Störung auf, 7,9% eine Sozialphobie, Borderline, Essstörung und Alkoholproblematik weist jeweils nur eine Person auf (jeweils 1,3%). (s. Abbildung 1)

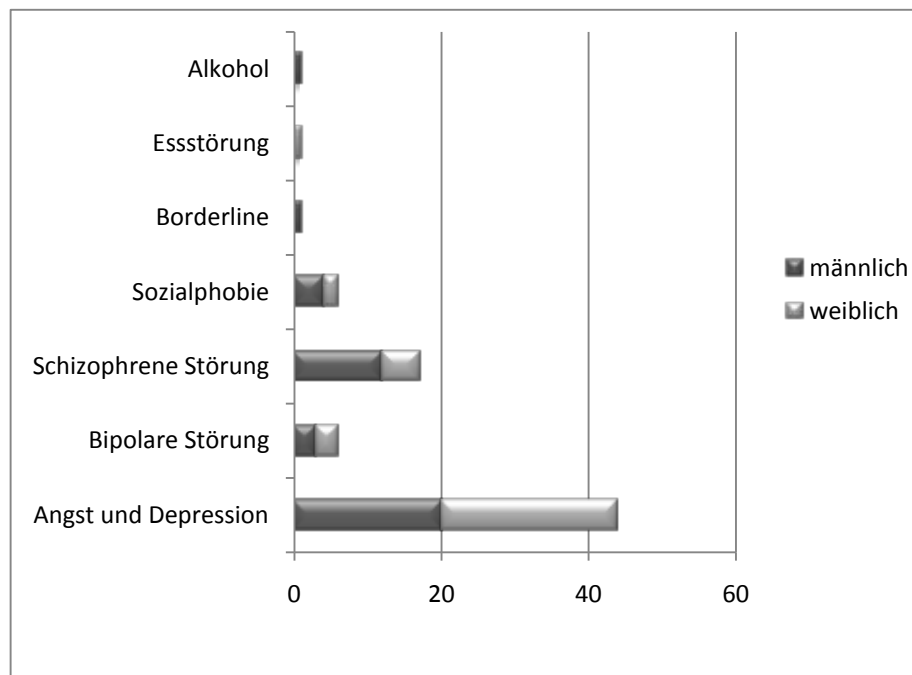


Abbildung 1: Problemstellung der KlientInnen der Peerberatung nach Geschlecht unterteilt

Rund die Hälfte (55,3%) gibt an, ledig zu sein, 15,8% der Personen sind verheiratet, 17,1% geschieden, 3,9% geben verwitwet als Familienstand an und 6,6% leben in einer Partnerschaft, eine Person hat dazu keine Angabe gemacht.

Bei der höchsten abgeschlossenen Bildung geben 28,9% der Personen einen Pflichtschulabschluss an, 30,3% haben eine Lehre abgeschlossen, ebenfalls 30,3% die Matura und 9,2% der ProbandInnen können einen Hochschulsabschluss vorweisen, eine Person hat dazu keine Angabe gemacht.

Insgesamt geben 74 Personen ihr Alter an, die jüngste Person in der Peerberatung ist 24 Jahre alt, die älteste 76. Der Mittelwert liegt bei 45,32 Jahren, die Standardabweichung bei 12,67.

Von den 76 Personen, die im Untersuchungszeitraum eine Peerberatung in Anspruch nahmen, füllten 32 Personen die Fragebögen zu beiden Zeitpunkten aus, 44 Personen jedoch nur zum ersten Zeitpunkt, die Dropout-Quote liegt somit bei 57,9%. (s. Abbildung 2)

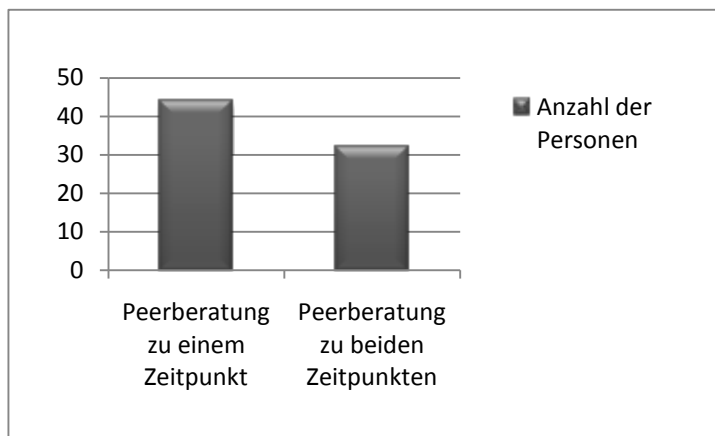


Abbildung 2: Anzahl der Personen in Peerberatung nach ausgefüllten Fragebögen unterteilt

Von den 44 Personen, die den Fragebogen nur zum ersten Messzeitpunkt ausfüllten, sind 61,4% männlich und 38,6% weiblich. Über die Hälfte der Personen, nämlich 59,1% weisen eine Angststörung oder eine Depression auf, 6,8% eine bipolare Störung, genau ein Viertel hat eine schizophrene Störung und 9,1% eine Sozialphobie. (s. Abbildung 3)

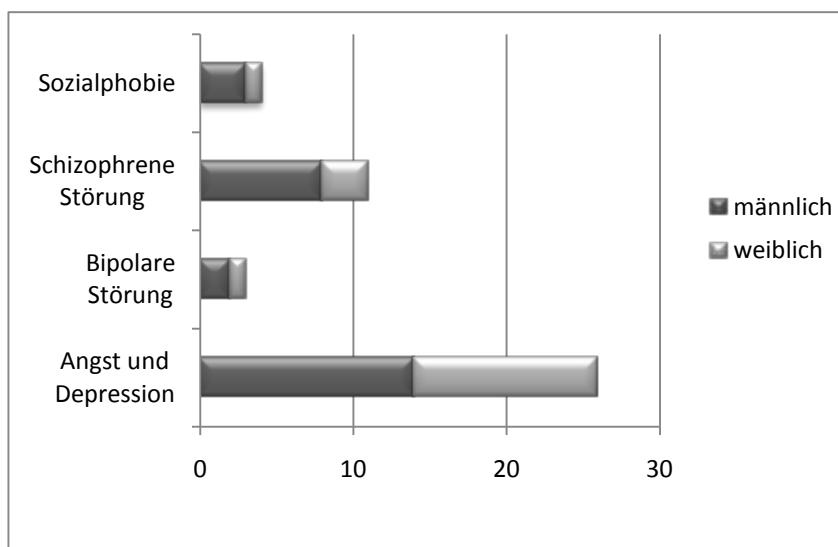


Abbildung 3: Problemstellung der Dropouts der Peerberatung unterteilt nach Geschlecht

Rund die Hälfte der ProbandInnen (54,5%) gibt beim Familienstand an, ledig zu sein, am zweithäufigsten wird die Angabe geschieden gemacht mit 18,2%, 15,9% geben an, verheiratet zu sein und 2,3% leben in einer Partnerschaft, eine Person hat dazu keine Angabe gemacht.

Bei der höchsten abgeschlossenen Bildung geben die meisten Personen (31,8%) einen Pflichtschulabschluss an, 25% haben eine Lehre abgeschlossen, 29,5% die Matura und 11,4% der ProbandInnen haben eine Hochschule abgeschlossen, eine Person hat dazu keine Angabe gemacht.

Insgesamt haben 42 Personen ihr Alter angegeben, die jüngste Person ist 24 Jahre alt, die älteste 76. Der Mittelwert liegt bei 46,43 Jahren, die Standardabweichung bei 13,66.

Mehr als die Hälfte (56,8%) der ProbandInnen gibt an, bei einer Frau in der Beratung gewesen zu sein, 22,7% bei einem Mann, 20,5% machen dazu keine Angabe.

2.3.2.2 Dropout-Analyse der SHG

Über alle SHG bei *pro mente* Wien hinweg nahmen insgesamt 40 Personen an der Studie teil, davon sind 62,5% weiblich, 37,5% männlich. Der größte Anteil der Versuchspersonen (60%) besucht eine SHG mit dem Thema „Angst und Depression“, 27,5% der ProbandInnen besuchen eine SHG mit dem Titel „Bipolare Sturzflieger“, 7,5% die SHG „Stimmen hören“ und 5% die SHG „Sozialphobie“. (s. Abbildung 4)

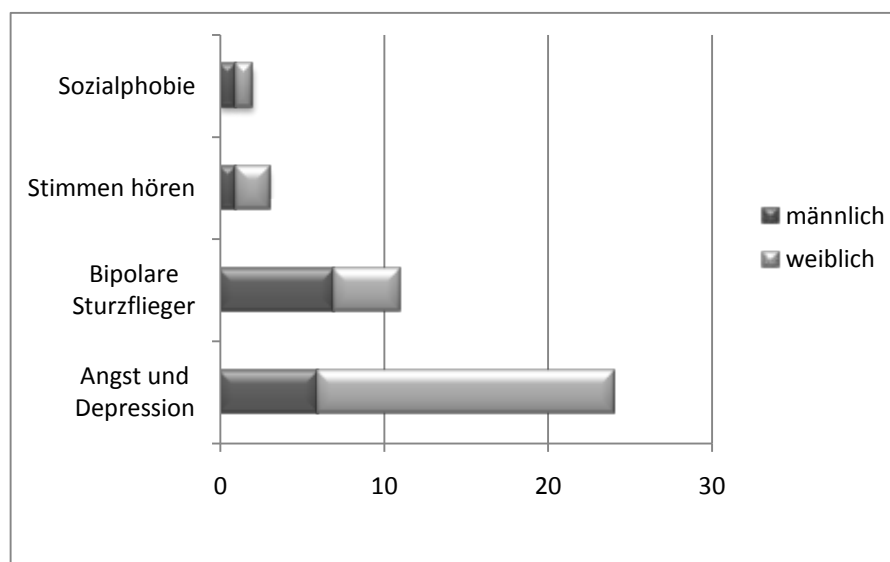


Abbildung 4: Personen in SHG nach Thema und Geschlecht unterteilt

Beim Familienstand geben 35% der Versuchspersonen an, ledig zu sein, 32,5% sind geschieden, 22,5% verheiratet und 10% leben in einer Partnerschaft. Knapp die Hälfte der Personen hat die Matura abgeschlossen, 30% eine Lehre absolviert, 15% geben einen Hochschulabschluss als höchste abgeschlossene Bildung an und 12,5% verfügen über einen Pflichtschulabschluss.

Das Alter wird von 39 Personen angegeben, die jüngste Person ist 29 Jahre alt, die älteste Person in einer SHG ist 68 Jahre alt, der Mittelwert liegt bei 48,92 bei einer Standardabweichung von 9,55.

Die Dauer betreffend, wie lange die Versuchspersonen bereits eine SHG besuchen, streuen die Angaben deutlich, einige Personen sind erst seit einem Monat in der SHG, eine Person gibt sogar an, seit 96 Monaten die SHG zu besuchen, der Median liegt aber bei 14 Monaten. Davon berichten 77,5% der ProbandInnen, eine Frau als Leiterin der SHG zu haben, bei 22,5% leitet ein Mann die SHG. Der Großteil der Versuchspersonen besucht die SHG fast immer, 10% geben an, sie häufig zu besuchen und 7,5% selten in der SHG zu sein.

Von den 40 Personen, die an der Studie teilnahmen, füllten mehr als die Hälfte, nämlich 21 Personen (52,5%) die Fragebögen zu beiden Zeitpunkten aus, 19 Personen nur zum ersten Zeitpunkt, die Dropout-Quote liegt somit bei 47,5%. (s. Abbildung 5)

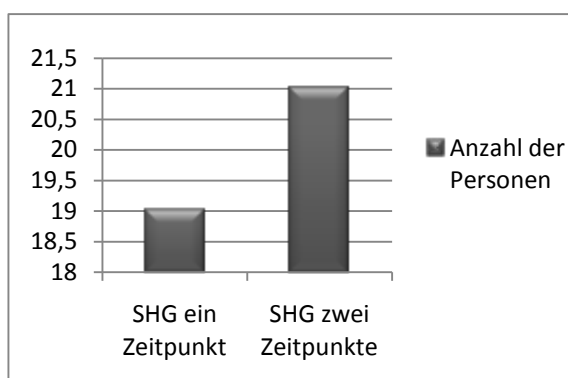


Abbildung 5: Anzahl der Personen in den SHG nach ausgefüllten Fragebögen unterteilt

Von den 19 Personen, die die Fragebögen lediglich zum ersten Messzeitpunkt ausfüllten, sind 57,9% weiblich und 42,1% männlich. Rund die Hälfte der Personen (57,9%) besucht eine SHG mit dem Thema „Angst und Depression“, 21,1% eine SHG mit

dem Titel „Bipolare Sturzflieger“, 10,5% sind in der SHG „Stimmen hören“ und ebenfalls 10,5% in der SHG „Sozialphobie“. (s. Abbildung 6)

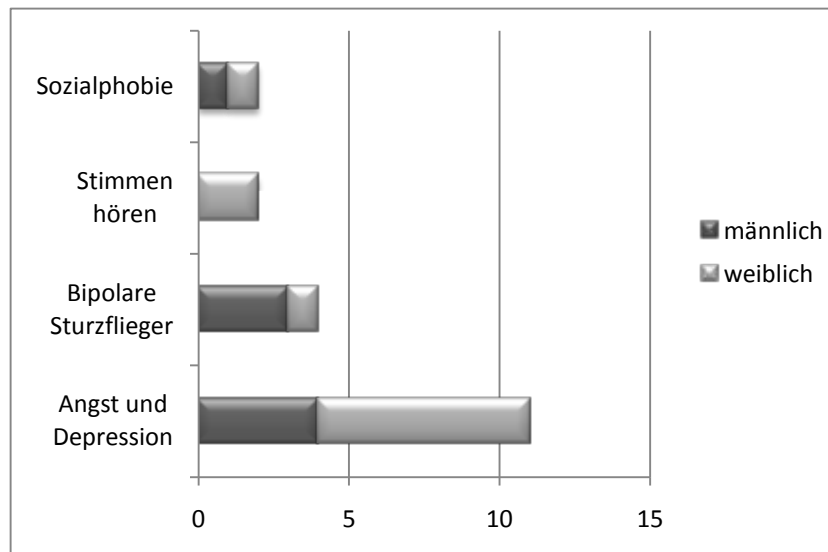


Abbildung 6: Anzahl der Dropouts unterteilt nach SHG und dem Geschlecht

Knapp die Hälfte (42,1%) der ProbandInnen gibt beim Familienstand an, ledig zu sein, an zweiter Stelle mit 36,8% wird verwitwet als Familienstand angegeben, 15,8% sind verheiratet und 5,3% geben an, in einer Partnerschaft zu leben.

Als höchste abgeschlossene Bildung gibt ebenfalls knapp die Hälfte (42,1%) der Versuchspersonen an, die Matura abgeschlossen zu haben, der zweithöchste Anteil (31,6%) hat eine Lehre abgeschlossen, 15,8% geben einen Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Bildung an und 10,5% verfügen über einen Hochschulabschluss.

Das Alter geben 18 Personen an, die jüngste Person ist 29 Jahre alt, die älteste 68 Jahre, der Mittelwert liegt bei 46,67, die Standardabweichung bei 10,705.

Der Großteil (78,9%) der Versuchspersonen gibt an, eine Leiterin der SHG zu haben, 21,1% geben an, dass ein Mann die Leitung ihrer SHG inne hat. Immerhin 73,7% der Versuchspersonen geben an, die SHG fast immer zu besuchen, 15,8% häufig und 10,5% besuchen die Gruppe selten. Die Dauer, die die ProbandInnen bereits die SHG besuchen, streut stark, 15,8% geben an, die SHG erst seit einem Monat zu besuchen, 10,5% aber bereits seit 84 Monaten, aufgrund der Ausreißer in den Daten soll der Median anstelle des Mittelwertes hinzugezogen werden, dieser liegt hier bei 9,5 Monaten, während denen die ProbandInnen eine SHG besuchen.

2.3.3 Beschreibung der Stichprobe

2.3.3.1 Beschreibung der Stichprobe der Peerberatung

In die Stichprobe für die Peerberatung, die in weiterer Folge für die Berechnungen der Hypothesenprüfungen hinzugezogen wird, sind insgesamt 32 Personen eingegangen, diese füllten die Fragebögen sowohl zum ersten, als auch zum zweiten Zeitpunkt aus. Davon sind 18 Personen (56,3%) weiblich, 14 Personen (43,8%) männlich. Den größten Anteil der Problemstellungen, mit denen die KlientInnen in die Peerberatung kommen, machen die Störungen Angst und Depression mit 56,3% aus, gefolgt von schizophrenen Störungen (18,8%), bipolarer Störung (9,4%) und der Sozialphobie (6,3%). Mit der Problemstellung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, einer Essstörung und einer Alkoholproblematik kommt jeweils nur eine Person (3,1%) in die Beratung. (s. Abbildung 7)

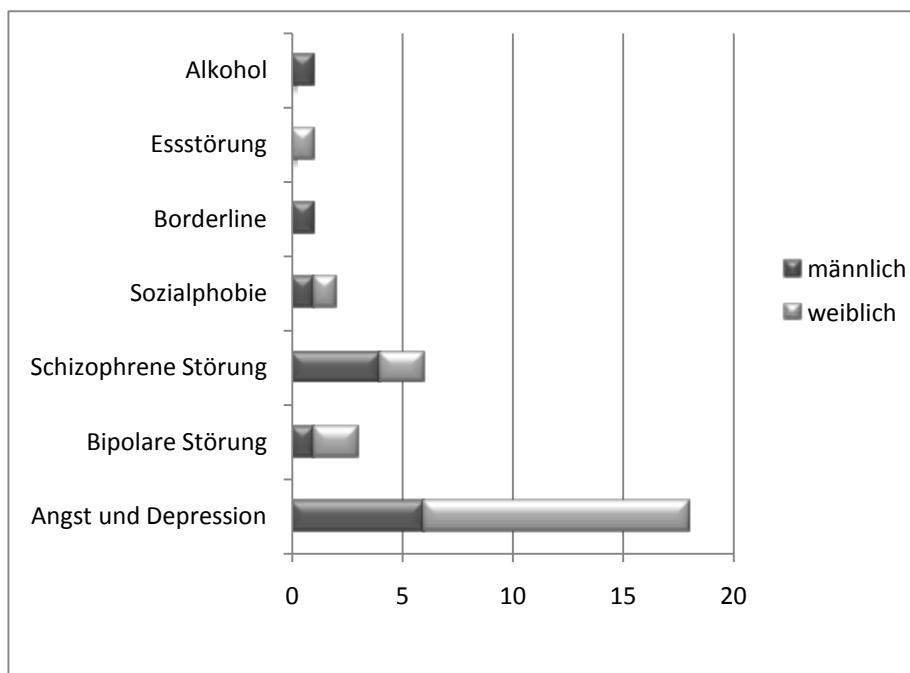


Abbildung 7: Problemstellung in der Stichprobe der Peerberatung nach Geschlecht unterteilt

Mehr als die Hälfte der ProbandInnen (56,3%) in der Peerberatung gibt als Familienstand ledig an, jeweils 15,6% der Versuchspersonen geben an, verheiratet oder geschieden zu sein und 12,5% leben in einer Partnerschaft. (s. Abbildung 8)

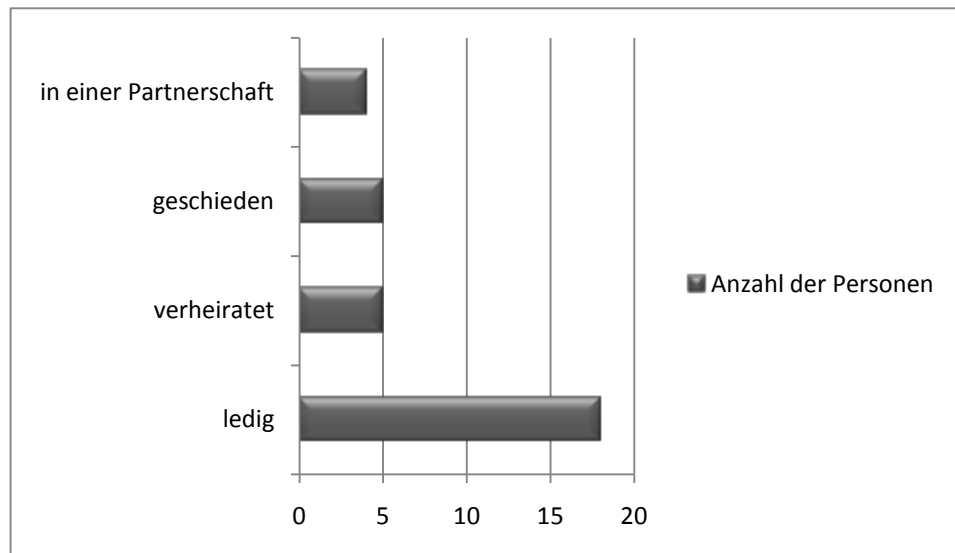


Abbildung 8: Familienstand in der Stichprobe der Peerberatung

Den größten Anteil bei der höchsten abgeschlossenen Bildung macht mit 37,5% der Abschluss einer Lehre aus, 31,3% haben die Matura absolviert, 25% haben einen Pflichtschulabschluss und 6,3% einen Hochschulabschluss. (s. Abbildung 9)

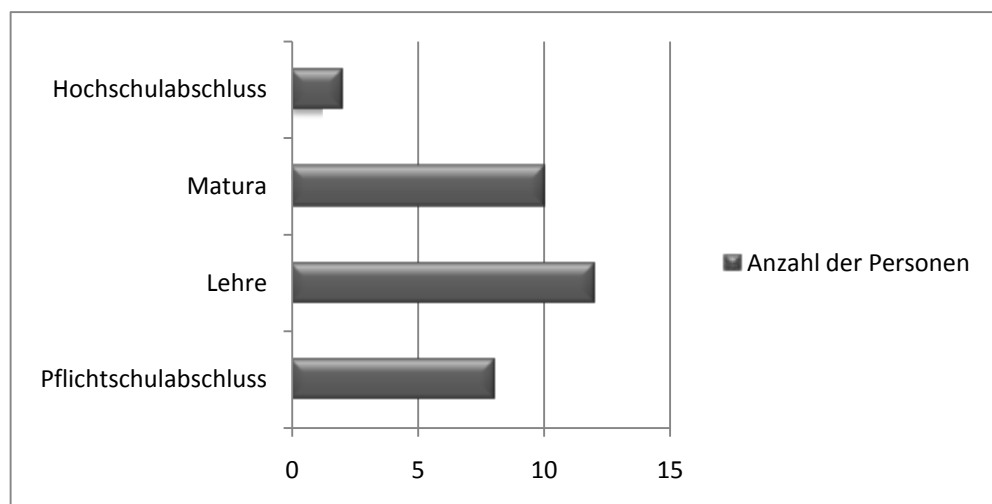


Abbildung 9: Höchste abgeschlossene Bildung in der Stichprobe der Peerberatung

Die Versuchspersonen der Peerberatung sind im Durchschnitt 43,88 Jahre alt, die Standardabweichung liegt bei 11,30. Die älteste Person ist 71 Jahre alt, die jüngste Person 24 Jahre alt.

Der Großteil der Versuchspersonen, nämlich 90,6%, war bei einer Frau, nur 9,4% waren bei einem Mann in der Peerberatung. Auf die Frage, ob die ProbandInnen nach der Peerberatung eine SHG besuchen werden, antworten 71,9% mit „ja“ und 28,1% mit „nein“.

2.3.3.2 Beschreibung der Stichprobe der SHG

Die Stichprobe aus den SHG umfasst insgesamt 21 Personen, diese füllten die Fragebögen zu beiden Zeitpunkten aus, 66,7% davon sind weiblich, die restlichen 33,3% männlich. 61,9% der Versuchspersonen besuchen eine Gruppe zum Thema „Angst und Depression“, 33,3% sind in einer Gruppe mit dem Titel „Bipolare Sturzflieger“, eine Person (4,8%) besucht die SHG „Stimmen hören“. Aus der SHG „Sozialphobie“ füllte keine Person die Fragebögen zu beiden Zeitpunkten aus. (s. Abbildung 10)

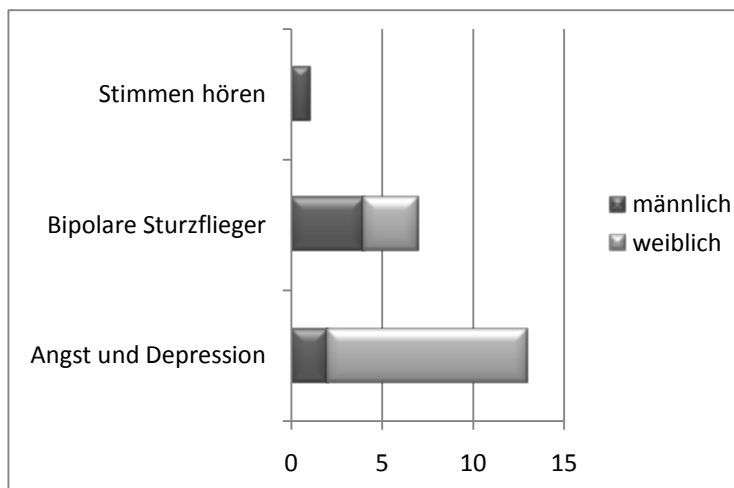


Abbildung 10: Stichprobe der SHG unterteilt nach Thema und Geschlecht

Jeweils 28,6% der ProbandInnen in den SHG geben beim Familienstand entweder ledig, verheiratet oder geschieden an, 14,3% leben in einer Partnerschaft. (s. Abbildung 11)

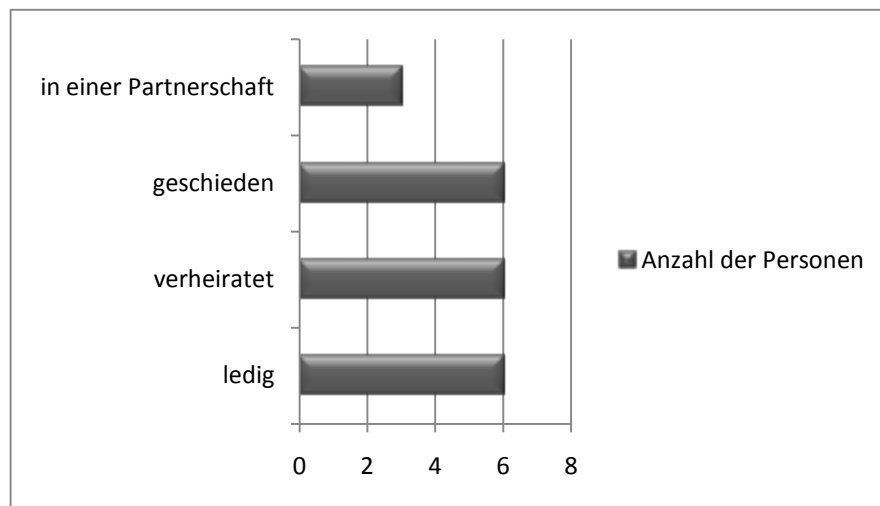


Abbildung 11: Familienstand in der Stichprobe der SHG

Der größte Anteil (42,9%) der Versuchspersonen gibt die Matura als höchste abgeschlossene Bildung an, 28,6% haben eine Lehre abgeschlossen, 19% geben einen Hochschulabschluss an und 9,5% verfügen über einen Pflichtschulabschluss. (s. Abbildung 12)

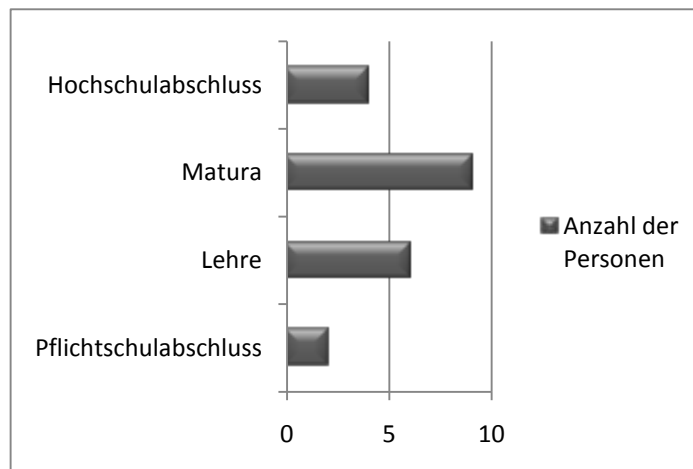


Abbildung 12: Höchste abgeschlossene Bildung der Stichprobe der SHG

Die Versuchspersonen in den SHG sind im Mittel 50,86 Jahre alt mit einer Standardabweichung von 24,52. Die älteste Person in den SHG ist 67 Jahre alt, die jüngste Person 37 Jahre alt.

Bei 76,2% der ProbandInnen leitet eine Frau die SHG, bei den restlichen 23,8% wird sie von einem Mann geleitet. Die Dauer des Besuchs einer SHG variiert stark zwischen den Versuchspersonen, so gibt eine Person an, die SHG erst seit drei Monaten

zu besuchen, eine Person jedoch bereits seit 96 Monaten, aufgrund der Ausreißer in den Daten wird hier der Median hinzugezogen, der bei einem Wert von 14 Monaten liegt. Fast alle Personen, nämlich 90,5%, geben an, die SHG fast immer zu besuchen, jeweils eine Person gibt an, die SHG häufig bzw. selten zu besuchen.

2.3.4 Präsentation der Ergebnisse der Hypothesenprüfung

2.3.4.1 Präsentation der Ergebnisse der Peerberatung

H 01a: Durch die Teilnahme an der Peerberatung gibt es eine Veränderung in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit.

Zur Testung der Hauptfragestellung wird ein T-Test für abhängige Stichproben herangezogen, um die Mittelwertsunterschiede zwischen den Ergebnissen in den erhobenen Dimensionen zum ersten und zum zweiten Messzeitpunkt zu berechnen. Die Voraussetzungen für dieses parametrische Verfahren können als gegeben angesehen werden, die Intervallskala wird angenommen, da standardisierte Erhebungsinstrumente zur Anwendung kamen. Die Normalverteilung wird mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüft, es können keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden, die Normalverteilung ist gegeben. (s. Tabelle 1)

Tabelle 1:

Testung auf Normalverteilung der Tests

Skalen – 1. Messzeitpunkt	N	Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Befindlichkeit	32	.740	.643
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	32	.822	.509
Zufriedenheit – Gegebenesein	32	.738	.647
Zufriedenheit – Handlungsmacht	32	.531	.941
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	32	.629	.824
Zufriedenheit – Zufriedenheit	32	.611	.850
Erholung-Belastung	32	.636	.814
Selbstwirksamkeit	32	.491	.970
Skalen – 2. Messzeitpunkt			
Befindlichkeit	32	.625	.829
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	32	.481	.975
Zufriedenheit – Gegebenesein	32	.839	.483
Zufriedenheit – Handlungsmacht	32	.738	.648
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	32	.561	.912
Zufriedenheit – Zufriedenheit	32	.537	.936
Erholung-Belastung	32	.605	.858
Selbstwirksamkeit	32	1.023	.247

Der T-Test für abhängige Stichproben zeigt in Bezug auf die Veränderung der Balance zwischen Erholung und Belastung zum ersten Messzeitpunkt ($M=86,45$, $SD=23,64$) hin zum zweiten Messzeitpunkt ($M=97,86$, $SD=24,15$) ein signifikantes Ergebnis ($t(31)=-3,42$, $p=.002$). Auch die Selbstwirksamkeit verändert sich vom ersten ($M=20,56$, $SD=6,46$) zum zweiten Messzeitpunkt ($M=23,91$, $SD=4,95$) signifikant ($t(31)=-3,17$, $p=.003$). Die restlichen Dimensionen weisen keine signifikanten Werte auf, das Ergebnis in der Dimension Befindlichkeit zwischen dem ersten ($M=51.03$, $SD=13.83$) und dem zweiten Messzeitpunkt ($M=56.25$, $SD=14.54$) ist jedoch nur knapp nicht signifikant mit $t(31)=-1.98$, $p=.056$. (s. Tabelle 2)

Tabelle 2:

T-Test für abhängige Stichproben zur Veränderung der Dimensionen

Skalen	T-Wert	df	Signifikanz (2-seitig)
Befindlichkeit	-1.984	31	.056
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	-.489	31	.628
Zufriedenheit – Gegebenheit	-.024	31	.981
Zufriedenheit – Handlungsmacht	1.075	31	.291
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	-.924	31	.363
Zufriedenheit – Zufriedenheit	-.579	31	.566
Erholung-Belastung	-3.422	31	.002
Selbstwirksamkeit	-3.171	31	.003

Die Veränderung in der Befindlichkeit ist nicht signifikant, ein Trend lässt sich jedoch in der Veränderung der Mittelwerte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt erkennen. (s. Abbildung 13)

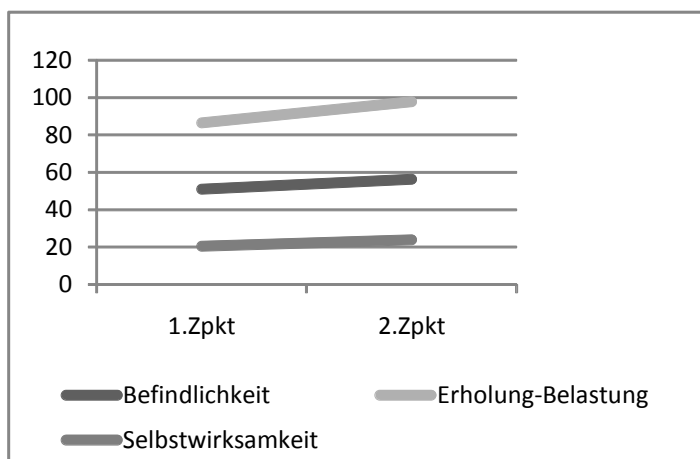


Abbildung 13: Veränderung der Mittelwerte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt in der Peerberatung

Es gibt somit signifikante Unterschiede in den Werten zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt in den Dimensionen Balance zwischen Erholung und Belastung und der Selbstwirksamkeit. In der Dimension Befindlichkeit gibt es keine signifikante Veränderung, ein Trend ist jedoch abzulesen.

H 02a: Es gibt Geschlechtsunterschiede in der Veränderung der Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit.

Um die Geschlechtsunterschiede über die Veränderung zu testen, kommt ein T-Test für unabhängige Stichproben zur Anwendung. Die Normalverteilung der Differenzen zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt wird wieder mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüft, da keine Ergebnisse signifikant sind, kann diese als gegeben angesehen werden. (s. Tabelle 3)

Tabelle 3:

Testung auf Normalverteilung der Differenzen der Dimensionen

Differenzen der Skalen	N	Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Befindlichkeit	32	.985	.287
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	32	.910	.379
Zufriedenheit – Gegebensein	32	.592	.875
Zufriedenheit – Handlungsmacht	32	1.034	.235
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	32	.902	.390
Zufriedenheit – Zufriedenheit	32	.906	.385
Erholung-Belastung	32	.815	.519
Selbstwirksamkeit	32	.566	.906

Die Überprüfung der Homogenität der Varianzen erfolgt mit dem Levene-Test, dieser zeigt bei der Differenz der Befindlichkeit zwischen männlich und weiblich ein signifikantes Ergebnis ($p=.002$), die Varianzen sind somit nicht homogen (s. Tabelle 4)

Tabelle 4:

Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen

Differenzen der Skalen	F	Signifikanz
Befindlichkeit	11.086	.002
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	2.764	.107
Zufriedenheit – Gegebensein	.248	.622
Zufriedenheit – Handlungsmacht	.060	.808
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	.705	.408
Zufriedenheit – Zufriedenheit	.003	.958
Erholung-Belastung	1.915	.177
Selbstwirksamkeit	.079	.781

Der T-Test für unabhängige Stichproben weist in drei Dimensionen signifikante Ergebnisse auf, bei ungleichen Varianzen gibt es bei der Befindlichkeit zwischen den männlichen ($M=-1.21$, $SD=7.90$) und weiblichen ProbandInnen ($M=10.22$, $SD=17.19$) einen signifikanten Unterschied $t(25.059)=-2.50$, $p=.019$. Die Balance der Erholung und Belastung weist ebenfalls zwischen männlichen ($M=2.39$, $SD=13.67$) und weiblichen ($M=18.42$, $SD=19.67$) Versuchspersonen signifikante Werte auf $t(30)=-2.596$, $p=.014$, so auch die Selbstwirksamkeit, die zwischen männlich ($M=-.12$, $SD=5.09$) und weiblich ($M=6.05$, $SD=5.26$) ein signifikantes Ergebnis $t(30)=-3.33$, $p=.002$ zeigt. (s. Tabelle 5)

Tabelle 5:

T-Test für unabhängige Stichproben zu Geschlechtsunterschieden

Differenzen der Skalen	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Befindlichkeit	-2.503	25.059	.019
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	1.585	30	.123
Zufriedenheit – Gegebenesein	.040	30	.969
Zufriedenheit – Handlungsmacht	.263	30	.794
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	-1.858	30	.073
Zufriedenheit – Zufriedenheit	-1.826	30	.078
Erholung-Belastung	-2.596	30	.014
Selbstwirksamkeit	-3.336	30	.002

Außerdem wird noch der Geschlechtsunterschied in den Dimensionen zum zweiten Messzeitpunkt mit einem T-Test für unabhängige Stichproben getestet. Der Levene-Test zeigt keine signifikanten Werte ($p>.05$), alle Varianzen sind homogen. (s. Tabelle 6) Es gibt einen Unterschied in der Selbstwirksamkeit zwischen männlichen ($M=21.89$, $SD=5.52$) und weiblichen Versuchspersonen ($M=25.49$, $SD=3.92$) mit einem signifikanten Ergebnis $t(30)=-2.16$, $p=.039$. (s. Tabelle 7)

Tabelle 6:

Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen

Differenzen der Skalen	F	Signifikanz
Befindlichkeit	.975	.331
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	1.425	.242
Zufriedenheit – Gegebenesein	.402	.531
Zufriedenheit – Handlungsmacht	.071	.791
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	.231	.634
Zufriedenheit – Zufriedenheit	1.571	.220
Erholung-Belastung	.724	.402
Selbstwirksamkeit	3.629	.066

Tabelle 7:

T-Test für unabhängige Stichproben zu Geschlechtsunterschieden zum zweiten Zeitpunkt

Skalen 2. Messzeitpunkt	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Befindlichkeit	-.668	30	.509
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	.183	30	.856
Zufriedenheit – Gegebensein	-1.327	30	.195
Zufriedenheit – Handlungsmacht	-.859	30	.397
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	-1.571	30	.127
Zufriedenheit – Zufriedenheit	-1.901	30	.067
Erholung-Belastung	-.342	30	.735
Selbstwirksamkeit	-2.156	30	.039

H 03a: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Versuchsperson und dem Geschlecht des/der Peerberaters/Peerberaterin in Bezug auf die Veränderung der Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit.

Diese Hypothese kann nicht getestet werden, da für die Berechnung der Wechselwirkung zu wenige Werte vorhanden sind, da nur drei Personen bei einem Mann in Beratung waren.

H 04a: Es gibt Unterschiede in der Veränderung der Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit über die verschiedenen Störungsbilder hinweg.

Diese Hypothese wird mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse berechnet, Intervallskala und Normalverteilung sind aus vorherigen Berechnungen gegeben, die Homogenität der Varianzen wird mit dem Levene-Test berechnet. Dieser zeigt nur in der Dimension Befindlichkeit ein signifikantes Ergebnis, die anderen Varianzen können als homogen angesehen werden. (s. Tabelle 8)

Tabelle 8:

Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen

Differenzen der Skalen	Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
Befindlichkeit	4.268	3	25	.015
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	1.573	3	25	.221
Zufriedenheit – Gegebenesein	1.808	3	25	.172
Zufriedenheit – Handlungsmacht	2.096	3	25	.126
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	.435	3	25	.730
Zufriedenheit – Zufriedenheit	1.890	3	25	.157
Erholung-Belastung	1.917	3	25	.153
Selbstwirksamkeit	2.412	3	25	.091

Die einfaktorielle Varianzanalyse weist in der Dimension Lebensziele und Lebenszufriedenheit signifikante Ergebnisse auf, nämlich über die Subskalen Gegebenesein mit $F(3,25)=3.53$, $p=.029$, Handlungsmacht mit $F(3,25)=6.65$, $p=.002$, Zukunftserwartung mit $F(3,25)=3.31$, $p=.036$ und der Subskala Zufriedenheit mit $F(3,25)=7.05$, $p=.001$. (s. Tabelle 9)

Tabelle 9:

Einfaktorielle Varianzanalyse über die Störungsbilder

Differenzen der Skalen	F	df1	df2	Signifikanz
Befindlichkeit	1.464	3	25	.248
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	.028	3	25	.994
Zufriedenheit – Gegebenesein	3.528	3	25	.029
Zufriedenheit – Handlungsmacht	6.646	3	25	.002
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	3.310	3	25	.036
Zufriedenheit – Zufriedenheit	7.052	3	25	.001
Erholung-Belastung	.421	3	25	.740
Selbstwirksamkeit	1.884	3	25	.158

Die Post-hoc-Tests über die Subskalen zeigen in der Subskala Gegebenesein der Lebensziele und Lebenszufriedenheit im Tukey-HSD einen signifikanten Unterschied zwischen Angst und Depression und den schizophrenen Störungen ($p=.031$) bei homogenen Varianzen. In der Subskala Handlungsmacht weist der Tukey-HSD einen signifikanten Unterschied zwischen Angst und Depression und schizophrenen Störungen auf ($p=.002$). In der Subskala Zukunftserwartung werden im Tukey-HSD signifikante Unterschiede zwischen Angst und Depression und schizophrenen Störungen gefunden

($p=.039$), so auch in der Subskala Zufriedenheit, auch hier weist der Tukey-HSD signifikante Werte zwischen Angst und Depression und schizophrenen Störungen auf ($p=.004$), sowie zwischen schizophrenen Störungen und Sozialphobie ($p=.003$). Die Mittelwerte zeigen, dass die signifikanten Ergebnisse in allen Subskalen zugunsten der Angst und Depression ausfallen, diese weisen höhere positive Veränderungen auf, beim Unterschied zwischen schizophrenen Störungen und der Sozialphobie in der Zufriedenheit weist die Sozialphobie höhere positive Veränderungen auf.

H 05a: Je höher die Werte in den Dimensionen Offenheit für Erfahrung und Extraversion und je geringer die Werte in der Dimension Neurotizismus sind, desto eher besuchen die Versuchspersonen anschließend an die Peerberatung eine SHG.

Diese Hypothese wird mit einer Punkt-Biserialen-Korrelation nach Pearson berechnet, diese weist jedoch keine signifikanten Ergebnisse auf ($p>.05$), die Werte der Persönlichkeitsdimensionen Extraversion und Offenheit für Erfahrung haben keinen Einfluss darauf, ob die ProbandInnen nach der Peerberatung eine SHG besuchen oder nicht.

H 06a: Je extravertierter eine Person ist, desto mehr verändern sich die Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit.

Um diese Hypothese zu prüfen, wird eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson gerechnet, auch hier finden sich keine signifikanten Ergebnisse ($p>.05$), es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension Extraversion und der Veränderung in den erhobenen Dimensionen.

Um den Zusammenhang zwischen der Extraversion und den Dimensionen zum zweiten Messzeitpunkt zu berechnen, kommt erneut eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson zur Anwendung. Diese zeigt signifikante positive Zusammenhänge zwischen der Extraversion und der Befindlichkeit ($r=.71$, $p=.000$) und zwischen der Extraversion und der Balance von Erholung und Belastung ($r=.54$, $p=.003$).

H 07a: Je höher die Werte in der Dimension Neurotizismus sind, desto weniger verändern sich die Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit.

Zur Prüfung der Hypothese wird eine Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson angewendet, diese zeigt keine signifikanten Ergebnisse ($p > .05$). Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus und der Veränderung in den erhobenen Dimensionen.

Auch hier wird der Zusammenhang zwischen Neurotizismus und den Dimensionen zum zweiten Messzeitpunkt zusätzlich geprüft. Die Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson weist signifikante negative Korrelationen zwischen Neurotizismus und der Balance zwischen Erholung und Belastung ($r = -.48$, $p = .009$) und zwischen Neurotizismus und Selbstwirksamkeit ($r = -.43$, $p = .019$) auf.

H 08a: Das Alter hat einen Einfluss auf die Veränderung der Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit.

Um diese Hypothese zu prüfen, kommen lineare Regressionen zwischen dem Alter und den erhobenen Dimensionen zur Anwendung. Keine der Regressionen zeigen signifikante Ergebnisse ($p > .05$), das Alter hat somit keinen Einfluss auf die Veränderung in den erhobenen Dimensionen.

H 09a: Es gibt Unterschiede in der Veränderung der Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der Zufriedenheit abhängig davon, ob die Versuchspersonen in einer Beziehung leben oder nicht.

Die Hypothese wird mit einem T-Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Die Intervallskala wird als gegeben angenommen, die Normalverteilung ist bereits aus vorangegangenen Hypothesenprüfungen bekannt und der Levene-Test zeigt keine signifikanten Ergebnisse ($p > .05$) und somit homogene Varianzen. (s. Tabelle 10)

Der T-Test weist lediglich in der Subskala Bedeutsamkeit der Dimension Zufriedenheit zwischen Versuchspersonen, die in einer Beziehung leben ($M=-6.12$, $SD=5.75$) und jenen ohne Beziehung ($M=3.09$, $SD=7.75$) einen signifikanten Unterschied mit $t(27)=3.05$, $p=.005$ auf (s. Tabelle 11).

Tabelle 10:

Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen

Differenzen der Skalen	F	Signifikanz
Befindlichkeit	1.520	.228
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	.517	.478
Zufriedenheit – Gegebenesein	.189	.667
Zufriedenheit – Handlungsmacht	.094	.762
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	.388	.539
Zufriedenheit – Zufriedenheit	.958	.336
Erholung-Belastung	3.675	.066
Selbstwirksamkeit	.840	.368

Tabelle 11:

T-Test für unabhängige Stichproben zu Beziehung ja/nein

Differenzen der Skalen	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Befindlichkeit	-.405	27	.688
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	3.045	27	.005
Zufriedenheit – Gegebenesein	-.072	27	.943
Zufriedenheit – Handlungsmacht	-.401	27	.692
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	.190	27	.851
Zufriedenheit – Zufriedenheit	-.315	27	.755
Erholung-Belastung	.392	27	.698
Selbstwirksamkeit	-.979	27	.336

2.3.4.2 Präsentation der Ergebnisse der SHG

H 01b: Durch die Teilnahme an den SHG gibt es eine Veränderung in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Zur Testung der Hauptfragestellung kommt ein T-Test für abhängige Stichproben zur Anwendung. Die Intervallskala wird angenommen, da standardisierte Testverfahren

eingesetzt wurden, die Normalverteilung wird mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest geprüft, dieser zeigt keine signifikanten Ergebnisse (s. Tabelle 12), die Normalverteilung kann als gegeben angesehen werden.

Tabelle 12:

Testung auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test

Skalen – 1. Messzeitpunkt	N	Kolmogorov-Smirnov-z	Asymptotisch Signifikanz (2-seitig)
Selbstwert – Selbst	21	.409	.996
Selbstwert – Bezugsgruppe	21	.690	.727
Befindlichkeit	21	.784	.570
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	21	.480	.975
Zufriedenheit – Gegebenesein	21	.505	.961
Zufriedenheit – Handlungsmacht	21	.592	.875
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	21	.503	.962
Zufriedenheit – Zufriedenheit	21	.509	.958
Erholung-Belastung	21	.572	.899
Selbstwirksamkeit	21	.658	.780
Soziale Unterstützung	21	.416	.995
Skalen – 2. Messzeitpunkt			
Selbstwert – Selbst	21	.534	.938
Selbstwert – Bezugsgruppe	21	.544	.929
Befindlichkeit	21	.785	.568
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	21	.596	.869
Zufriedenheit – Gegebenesein	21	.926	.358
Zufriedenheit – Handlungsmacht	21	.447	.988
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	21	.726	.667
Zufriedenheit – Zufriedenheit	21	.529	.942
Erholung-Belastung	21	.850	.466
Selbstwirksamkeit	21	.802	.541
Soziale Unterstützung	21	.697	.716

Der T-Test für abhängige Stichproben zeigt in der fünften Subskala Zufriedenheit der Dimension Lebensziele und Lebenszufriedenheit eine signifikante Veränderung (s. Tabelle 13) vom ersten ($M=80.14$, $SD=18.12$) zum zweiten Messzeitpunkt ($M=73.87$, $SD=18.73$) mit $t(20)=2.62$, $p=.016$ auf.

Tabelle 13:

T-Test für abhängige Stichproben zur Veränderung der Dimensionen

Skalen	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Selbstwert – Selbst	.097	20	.923
Selbstwert – Bezugsgruppe	-.121	20	.905
Befindlichkeit	-.779	20	.445
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	.565	20	.578
Zufriedenheit – Gegebenheit	-.381	20	.707
Zufriedenheit – Handlungsmacht	1.972	20	.063
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	.664	20	.514
Zufriedenheit – Zufriedenheit	2.621	20	.016
Erholung-Belastung	.651	20	.523
Selbstwirksamkeit	.795	20	.436
Soziale Unterstützung	1.025	20	.318

H 02b: Durch die Teilnahme an den SHG verringern sich die Ergebnisse der Kontrollvariablen Depression und Ängstlichkeit.

Zur Testung der zweiten Hauptfragestellung kommt erneut ein T-Test für abhängige Stichproben zur Anwendung. Der Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest zeigt die Normalverteilung der Werte (s. Tabelle 14), der T-Test weist keine signifikanten Veränderungen in der Depression und der Ängstlichkeit in Interaktionen vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. (s. Tabelle 15)

Tabelle 14:

Prüfung der Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test

Skalen – 1.Messzeitpunkt	N	Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Depression	21	.877	.425
Ängstlichkeit	21	.465	.982
Skalen – 2.Messzeitpunkt			
Depression	21	.641	.805
Ängstlichkeit	21	.609	.852

Tabelle 15:

T-Test für abhängige Stichproben zur Veränderung der Kontrollvariablen

Skalen	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Depression	.454	20	.655
Ängstlichkeit	-.312	20	.758

H 03b: Je länger die Versuchspersonen eine Selbsthilfegruppe besuchen, desto mehr verändern sich die Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Diese Hypothese wird mit einer Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson geprüft, es können jedoch keine signifikanten Zusammenhänge ($p > .05$) zwischen der Dauer, die die Versuchspersonen bereits in einer SHG sind und der Veränderung über die erhobenen Dimensionen gefunden werden.

Der Zusammenhang zwischen der Dauer, die die ProbandInnen in einer SHG sind und den Dimensionen zum zweiten Messzeitpunkt wird ebenfalls mit einer Produkt-Moment-Korrelation getestet, hier findet sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen der Dauer und dem Selbstwert in Bezug auf die Identifikation mit einer Bezugsgruppe ($r = .45$, $p = .043$).

H 04b: Es gibt Geschlechtsunterschiede in der Veränderung in den Werten in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Um diese Hypothese zu prüfen, kommt ein T-Test für unabhängige Stichproben zu Anwendung. Zunächst wird die Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest geprüft, dieser zeigt keine signifikanten Ergebnisse, die Normalverteilung kann angenommen werden. (s. Tabelle 16)

Tabelle 16:

Testung auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test

Differenzen der Skalen	N	Kolmogorov-Smirnov-Z	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Selbstwert – Selbst	21	.606	.856
Selbstwert – Bezugsgruppe	21	.650	.793
Befindlichkeit	21	.802	.542
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	21	.989	.282
Zufriedenheit – Gegebensein	21	.809	.529
Zufriedenheit – Handlungsmacht	21	.650	.793
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	21	.632	.820
Zufriedenheit – Zufriedenheit	21	.426	.993
Erholung-Belastung	21	.606	.856
Selbstwirksamkeit	21	1.179	.124
Soziale Unterstützung	21	.465	.982

Der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen weist ebenfalls keine signifikanten Ergebnisse auf ($p > .05$), die Varianzen sind homogen. (s. Tabelle 17)

Tabelle 17:

Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen

Differenzen der Skalen	F	Signifikanz
Selbstwert – Selbst	1.104	.307
Selbstwert – Bezugsgruppe	1.007	.328
Befindlichkeit	.368	.551
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	1.584	.224
Zufriedenheit – Gegebensein	.778	.389
Zufriedenheit – Handlungsmacht	3.396	.081
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	.159	.695
Zufriedenheit – Zufriedenheit	.065	.802
Erholung-Belastung	.476	.498
Selbstwirksamkeit	.486	.494
Soziale Unterstützung	.188	.670

Der T-Test für unabhängige Stichproben zeigt keine signifikanten Ergebnisse ($p > .05$) zwischen den männlichen und den weiblichen Versuchspersonen in der Veränderung der erhobenen Dimensionen. (s. Tabelle 18) Zusätzlich werden die Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die erhobenen Dimensionen zum zweiten Messzeitpunkt mit einem T-Test für unabhängige Stichproben geprüft, auch dieser zeigt keine signifikanten Unterschiede ($p > .05$).

Tabelle 18:

T-Test für unabhängige Stichproben zu Geschlechtsunterschieden

Differenzen der Skalen	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Selbstwert – Selbst	.592	19	.561
Selbstwert – Bezugsgruppe	-.372	19	.714
Befindlichkeit	1.776	19	.092
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	.114	19	.911
Zufriedenheit – Gegebenheit	1.234	19	.232
Zufriedenheit – Handlungsmacht	1.927	19	.069
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	-1.296	19	.210
Zufriedenheit – Zufriedenheit	.284	19	.779
Erholung-Belastung	-.818	19	.423
Selbstwirksamkeit	.131	19	.897
Soziale Unterstützung	-.336	19	.740

H 05b: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Versuchsperson und dem Geschlecht der Leitung der Selbsthilfegruppe in Bezug auf die Veränderung der Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Um diese Hypothese zu testen, wird eine Univariate Varianzanalyse angewendet, um die Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht der Versuchspersonen und dem Geschlecht der Leitung der SHG zu prüfen. Der Levene-Test zeigt zwei signifikante Ergebnisse in der Handlungsmacht der Lebensziele mit $F(3,17)=3.30$, $p=.046$ und der Erholung-Belastung mit $F(3,17)=4.582$, $p=.016$, hier sind die Varianzen nicht homogen, alle anderen können als homogen angesehen werden. (s. Tabelle 19)

Tabelle 19:

Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen

Differenzen der Skalen	F	df1	df2	Signifikanz
Selbstwert – Selbst	1.284	3	17	.312
Selbstwert – Bezugsgruppe	.556	3	17	.651
Befindlichkeit	.955	3	17	.437
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	.936	3	17	.445
Zufriedenheit – Gegebensein	.633	3	17	.604
Zufriedenheit – Handlungsmacht	3.296	3	17	.046
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	.650	3	17	.594
Zufriedenheit – Zufriedenheit	.556	3	17	.651
Erholung-Belastung	4.582	3	17	.016
Selbstwirksamkeit	.479	3	17	.701
Soziale Unterstützung	.561	3	17	.648

Die Wechselwirkung weist nur bei der Bedeutsamkeit der Lebensziele ein signifikantes Ergebnis auf mit $F(3,17)=9.102$, $p=.008$, hier gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Versuchspersonen und dem Geschlecht der Leitung der SHG in Bezug auf die Veränderung der relevanten Dimension, die restlichen Dimensionen zeigen keine signifikanten Ergebnisse. (s. Tabelle 20)

Tabelle 20:

Wechselwirkung der Geschlechter in der Univariaten Varianzanalyse

Differenzen der Skalen	F	df1	df2	df3	Signifikanz
Selbstwert – Selbst	.452	3	1	17	.510
Selbstwert – Bezugsgruppe	.093	3	1	17	.764
Befindlichkeit	1.986	3	1	17	.177
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	9.102	3	1	17	.008
Zufriedenheit – Gegebensein	.003	3	1	17	.955
Zufriedenheit – Handlungsmacht	.494	3	1	17	.492
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	.754	3	1	17	.397
Zufriedenheit – Zufriedenheit	3.133	3	1	17	.095
Erholung-Belastung	.304	3	1	17	.589
Selbstwirksamkeit	.009	3	1	17	.925
Soziale Unterstützung	.018	3	1	17	.894

H 06b: Es gibt Unterschiede in der Veränderung der Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung über die unterschiedlichen Störungsbilder hinweg.

Zur Testung der Hypothese kommt eine einfaktorielle Varianzanalyse zur Anwendung. Die Intervallskala und die Normalverteilung können aus vorherigen Berechnungen angenommen werden. Der Levene-Test zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen zeigt in zwei Dimensionen signifikante Ergebnisse, nämlich in der Balance von Erholung und Belastung mit $F(1,18)=6.23$, $p=.022$ und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung mit $F(1,18)=6.60$, $p=.019$, hier sind die Varianzen somit nicht homogen ($p<.05$). (s. Tabelle 21) Die einfaktorielle Varianzanalyse weist keine signifikanten Ergebnisse ($p>.05$) auf. (s. Tabelle 22)

Tabelle 21:

Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen

Differenzen der Skalen	Levene-Statistik	df1	df2	Signifikanz
Selbstwert – Selbst	.099	1	18	.757
Selbstwert – Gruppe	.844	1	18	.370
Befindlichkeit	2.214	1	18	.154
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	.954	1	18	.342
Zufriedenheit – Gegebenheit	2.832	1	18	.110
Zufriedenheit – Handlungsmacht	2.690	1	18	.118
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	.436	1	18	.517
Zufriedenheit – Zufriedenheit	.274	1	18	.607
Erholung-Belastung	6.230	1	18	.022
Selbstwirksamkeit	.421	1	18	.524
Soziale Unterstützung	6.599	1	18	.019

Tabelle 22:

Einfaktorielle Varianzanalyse über die Störungsbilder

Differenzen der Skalen	F	df1	df2	Signifikanz
Selbstwert – Selbst	.056	2	18	.946
Selbstwert – Gruppe	.459	2	18	.639
Befindlichkeit	.602	2	18	.558
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	1.519	2	18	.246
Zufriedenheit – Gegebenheit	.978	2	18	.395
Zufriedenheit – Handlungsmacht	2.312	2	18	.128
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	.590	2	18	.565
Zufriedenheit – Zufriedenheit	.839	2	18	.448
Erholung-Belastung	.152	2	18	.860
Selbstwirksamkeit	1.040	2	18	.374
Soziale Unterstützung	1.292	2	18	.299

Aufgrund der nicht homogenen Varianzen, die der Levene-Test zeigt, wird zusätzlich ein parameterfreies Verfahren angewendet. Auch der Kruskal-Wallis-Test weist jedoch keine signifikanten Ergebnisse ($p > .05$) über die relevanten Dimensionen auf.

H 07b: Je extravertierter eine Person ist und je höher die Werte in der Persönlichkeitsdimension Offenheit für Erfahrung sind, desto mehr verändern sich die Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Der Zusammenhang zwischen den Persönlichkeitsdimensionen und den relevanten erhobenen Dimensionen wird mit einer Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson gerechnet. Diese zeigt keine signifikanten Ergebnisse ($p > .05$) in Bezug auf den Einfluss der Extraversion auf die Veränderung in den relevanten Dimensionen.

Zusätzlich wird der Zusammenhang zwischen der Extraversion und den relevanten Dimensionen zum zweiten Messzeitpunkt getestet, hier zeigen sich signifikante positive Korrelationen mit dem Selbstwert in Bezug auf die Person selbst ($r = .55$, $p = .009$), mit der Befindlichkeit ($r = .56$, $p = .008$), der Subskala Gegebenheit der Zufriedenheit ($r = .52$, $p = .015$), der Balance von Erholung und Belastung ($r = .48$, $p = .026$) und der Selbstwirksamkeit ($r = .50$, $p = .022$).

Die Produkt-Moment Korrelation nach Pearson zeigt keine signifikanten Ergebnisse ($p > .05$) zwischen der Persönlichkeitsdimension Offenheit für Erfahrung und der Veränderung in den relevanten erhobenen Dimensionen, sowie zwischen der Offenheit für Erfahrung und den Dimensionen zum zweiten Messzeitpunkt.

H 08b: Je höher die Werte in der Dimension Neurotizismus sind, desto weniger verändern sich die Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Diese Hypothese wird ebenfalls mit einer Produkt-Moment Korrelation nach Pearson berechnet. Es zeigt sich keine signifikante Korrelation in die erwartete Richtung ($p > .05$), die Persönlichkeitsdimension Neurotizismus weist jedoch eine signifikante positive Korrelation mit der Veränderung des Selbstwerts in Bezug auf die Person selbst auf ($r = .46, p = .036$).

Zusätzlich wird der Zusammenhang zwischen Neurotizismus und den relevanten erhobenen Dimensionen zum zweiten Messzeitpunkt getestet, hier zeigen sich signifikante negative Korrelationen mit dem Selbstwert in Bezug auf die Person selbst ($r = -.48, p = .027$), der Befindlichkeit ($r = -.61, p = .003$), der Subskala Gegebenheit der Lebensziele und der Lebenszufriedenheit ($r = -.50, p = .021$), der Subskala Zufriedenheit mit den Lebenszielen und der Lebenszufriedenheit ($r = -.52, p = .016$), der Balance von Erholung und Belastung ($r = -.53, p = .013$), der Selbstwirksamkeit ($r = -.63, p = .002$), sowie der sozialen Unterstützung ($r = -.52, p = .015$).

H 09b: Das Alter hat einen Einfluss auf die Veränderung der Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Zur Testung der Hypothese kommt eine lineare Regression zur Anwendung, es zeigen sich jedoch keine signifikanten Ergebnisse ($p > .05$), das Alter hat keinen Einfluss auf die Veränderung in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

H 10b: Es gibt Unterschiede in der Veränderung der Werte in den Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung abhängig davon, ob die Versuchspersonen in einer Beziehung leben oder nicht.

Um diese Hypothese zu testen, wird ein T-Test für unabhängige Stichproben angewendet. Die Intervallskala und die Normalverteilung können als gegeben

angenommen werden, der Levene-Test zeigt keine signifikanten Ergebnisse ($p > .05$), die Varianzen sind homogen. (s. Tabelle 23) Der T-Test weist zwei signifikante Ergebnisse auf. Es gibt einen signifikanten Unterschied zwischen Personen, die in einer Beziehung leben ($M = -7.42$, $SD = 13.56$) und jenen, die nicht in einer Beziehung leben ($M = 3.10$, $SD = 7.24$) in der Subskala Bedeutsamkeit der Dimension Lebensziele und Lebenszufriedenheit mit $t(19) = 2.30$, $p = .033$, sowie zwischen jenen in einer Beziehung ($M = 1.45$, $SD = 3.21$) und jenen ohne Beziehung ($M = -2.61$, $SD = 3.47$) in der wahrgenommenen sozialen Unterstützung $t(19) = -2.74$, $p = .013$. (s. Tabelle 24)

Tabelle 23:

Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen

Differenzen der Skalen	F	Signifikanz
Selbstwert – Selbst	.074	.788
Selbstwert – Bezugsgruppe	.318	.580
Befindlichkeit	.879	.360
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	3.853	.064
Zufriedenheit – Gegebensein	.667	.424
Zufriedenheit – Handlungsmacht	3.760	.067
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	1.166	.294
Zufriedenheit – Zufriedenheit	.840	.371
Erholung-Belastung	.478	.498
Selbstwirksamkeit	.564	.462
Soziale Unterstützung	.072	.792

Tabelle 24:

T-Test für unabhängige Stichproben zu Beziehung ja/nein

Differenzen der Skalen	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Selbstwert – Selbst	-1.382	19	.183
Selbstwert – Bezugsgruppe	.038	19	.970
Befindlichkeit	.768	19	.452
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	2.299	19	.033
Zufriedenheit – Gegebensein	.581	19	.568
Zufriedenheit – Handlungsmacht	.825	19	.419
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	-2.069	19	.052
Zufriedenheit – Zufriedenheit	.443	19	.663
Erholung-Belastung	.397	19	.696
Selbstwirksamkeit	.607	19	.551
Soziale Unterstützung	-2.740	19	.013

2.3.4.3 Präsentation der Ergebnisse über Peerberatung und SHG hinweg

H 01c: Die Versuchspersonen aus der Peerberatung unterscheiden sich nach der Peerberatung von jenen Versuchspersonen in den SHG zum zweiten Messzeitpunkt hinsichtlich der Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit, der Zufriedenheit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, sowie Depression und Ängstlichkeit.

Um diese übergreifende Hypothese über die beiden Angebote zu testen, kommt ein T-Test für unabhängige Stichproben zur Anwendung. Die Voraussetzungen für dieses parametrische Verfahren sind aus vorherigen Berechnungen bekannt und gegeben, der Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen zeigt keine signifikanten Ergebnisse ($p > .05$), die Varianzen können als homogen angesehen werden. (s. Tabelle 25) Der T-Test zeigt zwei signifikante Ergebnisse. (s. Tabelle 26) In der Subskala Gegebenheit der Lebensziele und Lebenszufriedenheit gibt es signifikante Ergebnisse mit $t(51)=2.77$, $p=.008$ zwischen den ProbandInnen der SHG ($M=59.10$, $SD=11.69$) und jenen der Peerberatung ($M=50.22$, $SD=11.24$) jeweils zum zweiten Messzeitpunkt. Auch in der wahrgenommenen sozialen Unterstützung zeigen sich signifikante Unterschiede mit $t(51)=2.02$, $p=.048$ zwischen den Versuchspersonen der SHG ($M=75.11$, $SD=7.53$) und jenen der Peerberatung ($M=69.06$, $SD=12.28$).

Tabelle 25:

Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen

Skalen zum zweiten Messzeitpunkt	F	Signifikanz
Selbstwert – Selbst	2.58	.614
Selbstwert – Bezugsgruppe	3.780	.057
Befindlichkeit	.082	.776
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	.094	.761
Zufriedenheit – Gegebenheit	.395	.533
Zufriedenheit – Handlungsmacht	.621	.434
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	.905	.346
Zufriedenheit – Zufriedenheit	.199	.657
Erholung-Belastung	2.264	.139
Selbstwirksamkeit	.523	.473
Soziale Unterstützung	2.154	.148

Tabelle 26:

T-Test für unabhängige Stichproben Vergleich Peerberatung und SHG

Skalen zum 2. Messzeitpunkt	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Selbstwert – Selbst	1.517	51	.135
Selbstwert – Bezugsgruppe	1.365	51	.178
Befindlichkeit	.131	51	.896
Zufriedenheit – Bedeutsamkeit	-.476	51	.636
Zufriedenheit – Gegebenheit	2.768	51	.008
Zufriedenheit – Handlungsmacht	1.276	51	.208
Zufriedenheit – Zukunftserwartung	-1.033	51	.307
Zufriedenheit – Zufriedenheit	1.290	51	.203
Erholung-Belastung	-.029	51	.977
Selbstwirksamkeit	-.026	51	.979
Soziale Unterstützung	2.022	51	.048
Depression	-1.141	51	.259
Ängstlichkeit	-.625	51	.535

2.4 Interpretation und Diskussion

2.4.1 Interpretation der Ergebnisse

Die Hauptfragestellung der Studie zur Peerberatung bezieht sich auf die Veränderung der relevanten erhobenen Dimensionen durch die Peerberatung. Es zeigen sich signifikante Ergebnisse in der Balance zwischen der Erholung und Belastung, die ProbandInnen beschreiben sich nach der Peerberatung als erholter und weniger belastet als vor der Peerberatung. Auch die Selbstwirksamkeit verändert sich ebenfalls signifikant durch das Angebot. Ähnliche Ergebnisse im Rahmen von Peer Support Angeboten berichten auch Schutt und Rogers (2009), die eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit zeigen, so auch Bracke, Christiaens und Verhaeghe (2008), die jedoch Peer Support in „natürlichen“ Netzwerken untersucht haben und die Ergebnisse sich nicht verallgemeinern lassen auf Settings, wie sie bei *pro mente* Wien zu finden sind, doch auch sie berichten von verbesserter Selbstwirksamkeit und einer positiven Veränderung des subjektiven Wohlbefindens. Auch in der Studie von Lucksted et al. (2009) zeigen die Versuchspersonen eine Entwicklung von Coping-Strategien und einer Verbesserung im Stressmanagement durch die Peerberatung. Stressmanagement kann

verglichen werden mit der Balance von Erholung und Belastung, die Selbstwirksamkeit, also die Überzeugung, durch eigenes Zutun etwas an der Situation verändern zu können, könnte als Voraussetzung für die Entwicklung von Coping-Strategien gesehen werden, auch hier gibt es somit vergleichbare Ergebnisse. In der vorliegenden Studie zeigt die Befindlichkeit ein knapp nicht signifikantes Ergebnis, jedoch ist ein Trend zu beobachten: die Versuchspersonen berichten eine bessere Befindlichkeit nach der Peerberatung als vor der Beratung. Das nicht signifikante Ergebnis ist möglicherweise auf den geringen Umfang der Stichprobe zurückzuführen. In Bezug auf die Geschlechtsunterschiede zeigen sich in der vorliegenden Studie in der Veränderung der Befindlichkeit, der Balance zwischen Erholung und Belastung und der Selbstwirksamkeit signifikante Ergebnisse zugunsten der Frauen. Sie beschreiben mehr Veränderung in diesen Dimensionen durch die Peerberatung als Männer. Auch nach der Peerberatung sind signifikante Geschlechtsunterschiede zu beobachten, so weisen die weiblichen Versuchspersonen höhere Werte in der Selbstwirksamkeit auf als die männlichen. Rabenschlag (2010) berichtet in der Evaluation der Ausbildung zur Peerberatung ebenfalls Geschlechtsunterschiede zugunsten der Frauen, hier zeigen diese höhere Recovery-Werte als Männer. Es kann daraus geschlossen werden, dass Frauen sowohl von der Ausbildung zu Peerberaterinnen als auch von der Beratung selbst als Klientinnen mehr profitieren als Männer und auch nach der Beratung über mehr Effizienzerwartung hinsichtlich ihres Zutuns, eine Situation verändern zu können, verfügen. Bracke et al. (2008) berichten ebenfalls Geschlechtsunterschiede, jedoch beziehen sich diese auf die Verbesserung des Selbstwertes bei Frauen und der Selbstwirksamkeit bei Männern, bei diesen allerdings, wenn sie Unterstützung anbieten. Sie decken sich somit nicht mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie. Die Hypothese zur Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht des/der Peerberaters/Peerberaterin und dem/der Klienten/Klientin kann nicht getestet werden, da zu wenige Versuchspersonen bei einem Mann in der Peerberatung gewesen sind, was daraus zu folgern ist, dass mehr Frauen Peerberatungen bei *pro mente* Wien anbieten als Männer. In Zusammenhang mit dem Ergebnis, dass Frauen bereits in der Ausbildung und dann auch in der Beratung als Klientinnen mehr von diesem Angebot profitieren, könnte geschlossen werden, dass Frauen eher Interesse an derartigen Angeboten zeigen und aus dieser Aufgeschlossenheit heraus bereits positivere Erfahrungen erwarten und diese dann

auch erfahren. In der vorliegenden Studie werden auch Unterschiede in der Veränderung über die Störungsbilder hinweg beobachtet, so gibt es vor allem in der Dimension Zufriedenheit, also dem Erhebungsinstrument Lebensziele und Lebenszufriedenheit, Unterschiede in den Störungsbildern Angst und Depression zu schizophrenen Störungen in den Subskalen Gegebenheit, Handlungsmacht, Zukunftserwartung und Zufriedenheit mit den Lebenszielen und der Lebenszufriedenheit. Die ProbandInnen mit einer Angststörung oder Depression berichten höhere positive Veränderungen durch die Peerberatung, sie profitieren mehr von diesem Angebot. Unterschiede über die Störungsbilder hinweg werden im Bereich der Peerberatung von anderen AutorInnen nicht berichtet, wohl aber in der Ausbildung zu PeerberaterInnen bei pro mente sana in der Schweiz (Rabenschlag, 2010). Hier weisen jene ProbandInnen mit schizophrenen und affektiven Störungen höhere Recovery-Werte auf als jene mit neurotischen Störungen, was jedoch nicht vergleichbar mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie ist, da andere Erhebungsinstrumente zur Anwendung kamen und auch die Ergebnisse andere Unterschiede zeigen. Scheinbar muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die Veränderungen durch Interventionen und auch bei der Ausbildung zu Peers von den Störungsbildern abhängig sind oder zumindest von diesen beeinflusst werden können. Höflich et al. (2007) können in ihrer Studie zeigen, dass Personen, die eine SHG nach einem stationären Aufenthalt aufsuchen, offener für Erfahrungen sind. Diese Ergebnisse können in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht bestätigt werden, die Persönlichkeitsdimensionen Extraversion und Offenheit für Erfahrung haben keinen Einfluss darauf, ob sich die KlientInnen nach der Peerberatung dazu entscheiden, eine SHG zu besuchen oder nicht. Die Persönlichkeitsdimensionen Extraversion und Neurotizismus haben auch keinen Einfluss auf die Veränderung in den relevanten erhobenen Dimensionen, jedoch zeigen sich erwartete positive Zusammenhänge zwischen der Extraversion und der Befindlichkeit, sowie mit der Balance zwischen Erholung und Belastung zum zweiten Messzeitpunkt, extravertierte Personen beschreiben sich nach der Peerberatung als erholter und weniger belastet und berichten von einer besseren Befindlichkeit. KlientInnen mit hohen Ausprägungen in der Persönlichkeitsdimension Neurotizismus beschreiben sich aber als belasteter und weniger erholt, sowie als weniger selbstwirksam nach der Peerberatung. Lineare Regressionen zeigen, dass das Alter der

Versuchspersonen keinen Einfluss auf die Veränderung der Werte in den relevanten Dimensionen hat. In Bezug darauf, ob die KlientInnen in einer Beziehung leben oder nicht, zeigen sich signifikante Unterschiede in der Veränderung der Bedeutsamkeit der Lebensziele und der Lebenszufriedenheit dahingehend, dass bei jenen Personen, die nicht in einer Beziehung sind, die Bedeutsamkeit durch die Peerberatung mehr steigt, als bei jenen Personen, die angeben, in einer Beziehung zu leben.

Im Bereich der SHG findet sich in der Hauptfragestellung, die sich auf die Veränderung der Dimensionen Selbstwert, Befindlichkeit, Zufriedenheit, der Balance zwischen Erholung und Belastung, der Selbstwirksamkeit und der wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch die Teilnahme an den SHG bezieht, nur ein signifikantes Ergebnis, nämlich in der Subskala Zufriedenheit der Dimension Lebensziele und Lebenszufriedenheit. Hier zeigt sich jedoch eine signifikante Verringerung dieser Zufriedenheit bei den ProbandInnen vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. In anderen Studien wird meist lediglich die Zufriedenheit mit dem Angebot an sich erhoben, die Lebensziele und Lebenszufriedenheit wie im Rahmen dieser Studie wurden an anderen Stellen kaum untersucht. Vergleichbar wäre Castelein et al. (2008), die zwar keine Unterschiede zwischen der Versuchs- und der Kontrollgruppe in den Komponenten Selbstwirksamkeit, dem Selbstwert und der Lebensqualität finden konnten, jedoch eine positive Veränderung der Werte über die Zeit beobachteten. Diese Ergebnisse konnten in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. Ein mögliche Erklärung, dass sich keine weiteren signifikanten Veränderungen zeigen, könnte die Tatsache sein, dass die Versuchspersonen bereits eine längere Zeit die SHG besuchen und innerhalb eines halben Jahres keine signifikanten Veränderungen mehr stattfinden. Dass sich die Zufriedenheit mit den Lebenszielen sogar verringert, könnte in der Erwartungshaltung, die alleine durch die Untersuchung geweckt worden ist, liegen. Die ProbandInnen erwarteten vielleicht größere Veränderungen durch die Teilnahme an den SHG, als diese jedoch innerhalb des Untersuchungszeitraumes nicht eingetreten waren, sank ihre Zufriedenheit mit den Lebenszielen. Dieses Ergebnis zeigt sich möglicherweise nicht, wenn Versuchspersonen vor Beginn einer Teilnahme an einer SHG getestet werden und in weiterer Folge zu mehreren Messzeitpunkten. In der vorliegenden Studie befanden sich die ProbandInnen jedoch bereits zum ersten

Messzeitpunkt schon längere Zeit in den SHG. Salem et al. (1998) sowie Matzat (2004) betonen, dass die Teilnahme an einer SHG mit Eigenverantwortung und der Aktivierung von vorhandenen Ressourcen verbunden ist, die Arbeit in SHG verlangt den TeilnehmerInnen somit auch eine Anstrengung ab. Dies könnte möglicherweise laut AutorInnen eine Überforderung für manche Personen in den SHG darstellen, was ebenfalls eine Erklärung für die Verringerung der Zufriedenheit mit den Lebenszielen bedeuten könnte. In der zweiten Hauptfragestellung, nämlich ob sich die Dimensionen Depression und Ängstlichkeit durch die Teilnahme an den SHG verändern, zeigen sich keine signifikanten Ergebnisse, durch die SHG verändern sich diese Dimensionen somit nicht. Es sei jedoch angemerkt, dass im Rahmen dieser Studie eine Kontrollgruppe in der Erhebung fehlt, es gibt also keinen Vergleich mit einer Stichprobe von Personen, die die SHG nicht besuchten und wie bereits erwähnt, besuchten die ProbandInnen bereits über einen längeren Zeitraum die SHG. Es wäre in zukünftigen Studien sinnvoll, Versuchspersonen vor dem Beginn des Besuches einer SHG zu untersuchen. Möglicherweise sind die Symptome einer Depression oder auch die Ängstlichkeit unter den Versuchspersonen dieser Studie bereits zum ersten Messzeitpunkt niedrig und deshalb findet keine signifikante Veränderung mehr statt, ein Vergleich fehlt hier gänzlich. Heindl et al. (2005) können nämlich an anderer Stelle beobachten, dass sich die KlientInnen in den SHG nach den Treffen durchaus besser fühlen und der Austausch als hilfreich und unterstützend empfunden wird. Natürlich sind diese Dimensionen nicht vergleichbar mit Depression und Ängstlichkeit, doch eine Wirksamkeit von SHG konnte an anderen Stellen bestätigt werden. Im Rahmen dieser Studie konnte auch kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer, während der die KlientInnen eine SHG besuchen und den Veränderungen in den relevanten Dimensionen gefunden werden. In Bezug auf den zweiten Messzeitpunkt gibt es jedoch einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Dauer und dem Selbstwert in Bezug auf die Identifikation mit einer Bezugsgruppe. Möglicherweise nahmen die Versuchspersonen die SHG als Bezugsgruppe, dass es hier einen Zusammenhang über die Zeit gibt, ist zu erwarten. Roberts et al. (1999) betonen die Wichtigkeit von guter Integration und Nähe in der Gruppe für positive Veränderungen von HelferInnenverhalten. Je größer die Nähe und Integration ist, desto kompetenter erleben sich jene Personen, die Unterstützung in den Gruppen bieten. Sie fühlen sich nützlicher im sozialen Kontext und übernehmen

Verantwortung, aber auch jene, die Hilfe in Anspruch nehmen, profitieren mehr von dieser, wenn die Nähe groß ist. Der Selbstwert in Bezug auf die Identifikation mit der Bezugsgruppe kann daher als wichtige Voraussetzung oder bedeutender Bestandteil gesehen werden, sowohl in Verbindung mit Hilfe geben, als auch dem Profitieren vom Erhalten dieser. In den SHG zeigten sich keine Geschlechtsunterschiede in der Veränderung sowie in den Werten zum zweiten Messzeitpunkt. Es kann also davon ausgegangen werden, dass Frauen und Männer gleichermaßen von diesem Angebot profitieren. Es wurde auch nur in der Dimension Bedeutsamkeit der Lebensziele eine Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht der Versuchspersonen und dem der Leitung der SHG in Bezug auf die Veränderung der Werte gefunden. Schwonke (2005) kam in ihrer Studie zu dem Schluss, dass gleichgeschlechtliche Peerberatungen erfolgreicher sind. Dieses Ergebnis konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden, auch ist anzumerken, dass lediglich in einer Subskala einer Dimension eine Wechselwirkung der Geschlechter gefunden werden konnte. Es scheint daher naheliegend, dass derartige Effekte in SHG keine sehr große Rolle spielen, da alle TeilnehmerInnen in den Gruppen gleichberechtigt in einen Austausch treten, die Leitung also keinen führenden Part in den Sitzungen übernimmt. Außerdem wurden keine Unterschiede in den Veränderungen der Werte in den Dimensionen über die Störungsbilder hinweg gefunden, es sei jedoch an dieser Stelle angemerkt, dass nur sehr wenige ProbandInnen aus den SHG „Stimmen hören“ und „Bipolare Sturzflieger“ eingingen, weitere Untersuchungen zur Testung dieser Fragestellung sind zu empfehlen. Die Testungen der Zusammenhänge mit den Persönlichkeitsdimensionen Extraversion und Offenheit für Erfahrung zeigen keine signifikanten Ergebnisse mit den Veränderungen der relevanten Dimensionen, jedoch beschreiben sich extravertierte Personen, die eher gesellig, kontaktfreudig und aktiver sind, erholter und weniger belastet, mit einer besseren Befindlichkeit und einem höheren Selbstwert und empfinden sich als selbstwirksamer zum zweiten Messzeitpunkt und die Lebensziele und Lebenszufriedenheit sind eher gegeben. Zwischen der Offenheit für Erfahrung und den Dimensionen zum zweiten Messzeitpunkt können jedoch auch keine signifikanten Ergebnisse gefunden werden. Die Persönlichkeitsdimension Neurotizismus zeigt einen signifikanten positiven Zusammenhang, der nicht erwartet wurde, mit der Veränderung in der Dimension Selbstwert in Bezug auf die Person selbst, ansonsten werden keine signifikanten

Korrelationen gefunden. Zum zweiten Messzeitpunkt zeigen sich jedoch sehrwohl signifikante Zusammenhänge zwischen dem Neurotizismus und den Dimensionen. So beschreiben neurotische Personen einen geringeren Selbstwert, eine geringere Befindlichkeit, niedrigere Werte im Gegebensein von Lebenszielen und der Lebenszufriedenheit sowie der Zufriedenheit mit diesen, sie sind belasteter und weniger erholt, verfügen über eine geringere Selbstwirksamkeit und über weniger wahrgenommene soziale Unterstützung. Diese Persönlichkeitsdimension hat also einen großen Einfluss auf die erhobenen Dimensionen. Das Alter wiederum zeigt keinen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der erhobenen Dimensionen. Es können weiters signifikante Unterschiede dahingehend gefunden werden, ob die Versuchspersonen in einer Beziehung leben oder nicht. Unter jenen ProbandInnen, die nicht in einer Beziehung leben, steigt die Bedeutsamkeit der Lebensziele und der Lebenszufriedenheit mehr durch die SHG als unter jenen Personen, die in einer Beziehung leben. Bei diesen wiederum steigt die wahrgenommene soziale Unterstützung mehr als bei jenen Versuchspersonen, die nicht in einer Beziehung leben.

In Bezug auf die angebotsübergreifende Hypothese ist zu sagen, dass ein signifikanter Unterschied zwischen den KlientInnen nach der Peerberatung und jenen in der SHG zum zweiten Messzeitpunkt im Gegebensein von Lebenszielen und der Lebenszufriedenheit, sowie in der wahrgenommenen sozialen Unterstützung gefunden werden konnte. Bei Personen in den SHG sind Lebensziele und Lebenszufriedenheit eher gegeben und sie verspüren auch eine höhere soziale Unterstützung als jene ProbandInnen nach der Peerberatung. Wie auch Castelein (2008) zeigen konnte, stellen SHG einen bedeutenden Bestandteil in Bezug auf den Ausbau von sozialen Netzwerken dar.

2.4.2 Einschränkungen der Studie

In Bezug auf die Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung müssen einige Einschränkungen gemacht werden und die Interpretation sowie die Verallgemeinerung der Ergebnisse mit Vorbehalt vorgenommen werden. Die größte

Einschränkung stellt das Design der Studie dar, das ursprünglich geplante Design war ein Prä-Post-Versuchs-Kontrollgruppen-Design mit einem Follow-up nach einem halben Jahr. So hätten Vergleiche mit einer Kontrollgruppe, die keine SHG besuchte, gemacht werden und Langzeitveränderungen mittels Follow-up getestet werden können. Mit dem verwendeten Design werden lediglich die Veränderungen durch die Peerberatung und die SHG innerhalb eines halben Jahres und hier an KlientInnen, die bereits über einen längeren Zeitraum die SHG besuchten und so keine Baseline-Erhebung vor Besuch der SHG erfolgen konnte, untersucht. Leider konnte kein Vergleich mit einer Kontrollgruppe stattfinden. Außerdem können möglicherweise die Veränderungen nicht nur alleine durch den Besuch der Angebote erklärt werden. Die vorliegende Untersuchung umfasst auch nur eine relativ niedrige Anzahl an ProbandInnen in beiden Stichproben und weist eine hohe Drop-out-Quote auf, vielleicht unterscheiden sich die Personen, die die Fragebögen nur zu einem Zeitpunkt, von jenen, die sie zu beiden Messzeitpunkten ausgefüllt haben. Eine weitere Einschränkung stellt die Tatsache dar, dass die fehlenden Werte in den Fragebögen durch die Mittelwerte über die Items ersetzt wurden, somit dürfen die Daten nur mit Vorsicht interpretiert werden. Die Fragebögen wurden vor und nach der Peerberatung von den Versuchspersonen vor Ort direkt ausgefüllt, im Rahmen der SHG war dies jedoch nicht möglich, da keine Zeit der SHG-Treffen in Anspruch genommen werden durfte. Also mussten die ProbandInnen die Fragebögen mit nach Hause nehmen, diese sollten jedoch so spontan wie möglich ausgefüllt werden, was unter Umständen zu Hause nicht gegeben war, da die KlientInnen länger Zeit hatten, über die Antworten nachzudenken. Vielleicht erfolgte so eine Verfälschung der Daten, da die Personen spontan und direkt vor Ort bei *pro mente* Wien möglicherweise andere Angaben gemacht hätten. Außerdem wurde im Rahmen der Peerberatung vor der Beratung nur der gekürzte Fragebogen vorgelegt, die Ergebnisse wären aussagekräftiger, wenn zu beiden Zeitpunkten der vollständige Fragebogen ausgefüllt worden wäre. Bereits bei der Erstellung des Fragebogens wurden Einschränkungen aufgrund des Umfangs der Erhebungsinstrumente und der damit verbundenen Zumutbarkeit an die KlientInnen gemacht und davon abgesehen, die Intelligenz als grundlegende Variable zu erheben, die möglicherweise einen Einfluss auf die Veränderung der relevanten Dimensionen hat. So wurde lediglich die Persönlichkeit als allgemeine zugrunde liegende Dimension erhoben.

2.4.3 Ausblick und Empfehlungen für weitere Studien

Für zukünftige Studien und Wirksamkeitsuntersuchungen in den Bereichen der Peerberatung und den SHG kann gefolgert werden, dass ein Versuchs-Kontrollgruppen-Design dem in der vorliegenden Studie verwendeten Design vorzuziehen ist und auch ein Follow-up nach einem längeren Zeitraum erhoben werden sollte, um Langzeiteffekte der Interventionen zu testen. Außerdem sollte allgemein ein längerer Zeitraum für die Erhebung der Daten anberaumt werden, dies war leider bei dieser Studie nicht möglich, da sonst der Rahmen einer Datenerhebung im Zuge einer Diplomarbeit gesprengt worden wäre. Um die Wirksamkeit der SHG effektiver zu untersuchen, sollte bei zukünftigen Studien eine Baseline-Erhebung erfolgen, es sollten Versuchspersonen vor Beginn eines Besuches einer SHG untersucht werden, da so möglicherweise deutlichere Veränderungen sichtbar gemacht werden können, als bei ProbandInnen, die bereits länger eine SHG besuchen. Im Sinne des Langzeitangebotes, welches SHG im Allgemeinen darstellen, sollten mehrere Zeitpunkte zur Erhebung der Daten angesetzt werden, um Veränderungen und etwaige Schwankungen besser beobachten zu können. Angebote wie Peerberatung und SHG sollten zusätzlich zu quantitativen Erhebungen auch qualitativ untersucht werden, da durch Interviews weitere wichtige Aspekte in Bezug auf zwischenmenschliche Interaktionen sowohl in der Beratungssituation als auch in den Gruppen erfasst werden können. In Anlehnung an Rummel-Kluge et al. (2007) und Dworschak (2006) sollten auch die Peers selbst zu ihrer Tätigkeit befragt werden und so beide Seiten, sowohl die AnbieterInnen als auch die KlientInnen in die Studie eingehen.

2.4.4 Empfehlungen an die pro mente Wien

Abschließend sollen nun einige Empfehlungen an *pro mente* Wien gegeben werden, die sich aus der vorliegenden Studie und auch der bisherigen Literatur zu Peerberatung und SHG herausgebildet haben, mit besonderem Augenmerk auf die Peerberatung. Wie im Rahmen der vorliegenden Evaluation gezeigt werden konnte, gibt es einen Anstieg an Selbstwirksamkeit und Erholung und eine Verringerung der

Belastung, sowie eine positive Tendenz in der Befindlichkeit bei den KlientInnen durch das Angebot der Peerberatung. Wie bereits eingangs diskutiert wurde, kann die Selbstwirksamkeit als Bestandteil des Empowerments gesehen werden. Auch *pro mente* Wien arbeitet im Sinne dieses theoretischen Konzepts und es kann somit davon ausgegangen werden, dass eine Umsetzung in die Praxis gelingt. Ebenfalls einen bedeutenden Bestandteil des Empowerment-Ansatzes stellt die Anti-Stigma-Arbeit dar, die auch im Recovery-Konzept verankert ist. In Hinblick darauf sollte großer Wert auf Qualitätssicherung gelegt werden, da so das Ansehen von Angeboten wie der Selbsthilfe im Allgemeinen und der Peerberatung im Speziellen gehoben werden kann. Diese Qualitätssicherung ist bei *pro mente* Wien bereits durch Fortbildungen und Supervision für PeerberaterInnen und SHG-LeiterInnen gewährleistet, lässt jedoch Raum für Erweiterungen. Anderen Einrichtungen und Institutionen, die Peerberatung anbieten und diese auch untersuchten oder die vorgeschaltete Ausbildung begleitend evaluierten (Dworschak, 2003; Rummel-Kluge et al., 2007; Lucksted et al., 2009; Utschakowski, 2009; Rabenschlag, 2010), ist eben diese Ausbildung zu PeerberaterInnen oder Peer-Coaches gemeinsam. Im Rahmen dieser Studien wird vielfach auf die Bedeutung von Erfahrung und dem damit verbundenen Wissen von Seiten der Betroffenen hingewiesen und der gesamte Bereich der Selbsthilfe und des Peer Supports als wichtige Ergänzung zu herkömmlichen Therapieangeboten angeführt. Jedoch wird an anderer Stelle (Davidson et al., 2006) auch andiskutiert, inwieweit die Erfahrung alleine Betroffene dazu qualifiziert, Beratungstätigkeiten durchführen zu können. Der gemeinsame Erfahrungshintergrund stellt die wohl wichtigste Komponente im Rahmen dieser Form des Angebotes dar, jedoch sollten die PeerberaterInnen über Fertigkeiten in der Gesprächsführung, Wissen im Umgang mit Krisensituationen und Ähnliches gleichermaßen verfügen. Eine mögliche Eignung für Beratungstätigkeiten im Rahmen von Peerberatung oder ähnlichen Angeboten von Peers könnte bereits vor Beginn der Ausbildungsprogramme hinlänglich geprüft werden und die angeführten Fertigkeiten und Fähigkeiten unter anderem in diesen angeeignet werden. Als Modelle für solche Ausbildungsprogramme zu PeerberaterInnen oder Peer-Coaches könnten das EX-IN-Projekt (Utschakowski, 2009), das Projekt von *pro mente sana* in der Schweiz (Rabenschlag, 2010) oder der Lehrgang von *exit sozial* in Oberösterreich (Dworschak, 2003) fungieren. In Hinblick auf die SHG kann die Peerberatung eine weitere wichtige

Aufgabe erfüllen, so kommen Meyer et al. (2008) in ihrer Studie zu dem Schluss, dass nicht alle Personen gleichermaßen von SHG profitieren und eine Überprüfung und mögliche Passung in SHG individuell für die KlientInnen erfolgen sollte. Hier kann die Peerberatung eine Schlüsselrolle übernehmen und eine SHG als geeignetes Angebot individuell für die KlientInnen im Rahmen der Beratung klären. Was dafür erfasst werden soll, könnte ebenfalls im Rahmen der Ausbildung zu PeerberaterInnen gelehrt werden. Abschließend soll noch auf die Geschlechterverteilung der PeerberaterInnen eingegangen werden. Eine Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht der/des Peerberaterin/Peerberaters und dem Geschlecht der/des Klientin/Klienten konnte in der vorliegenden Studie nicht untersucht werden, da zu wenige Personen bei einem Mann in der Beratung waren. Da aber Schwonke (2005) einen größeren Erfolg von gleichgeschlechtlichen Beratungssituationen fand, sollte möglicherweise auch im Rahmen der Peerberatung bei *pro mente* Wien auf die Geschlechterverteilung der PeerberaterInnen geachtet werden, auch in Hinblick darauf, den KlientInnen eine Wahlmöglichkeit bieten zu können, ob sie zu einem Mann oder einer Frau in die Beratung kommen möchten.

3 ZUSAMMENFASSUNG

Im Auftrag der Geschäftsführung von *pro mente* Wien war das Ziel der Arbeit die Evaluierung der Peerberatung und der Selbsthilfegruppen des nicht-berufsbezogenen Projektes der Selbsthilfeorientierten Projektarbeit. Den Bereichen der Selbsthilfe und des Peer Supports, zu dem als spezielles eins zu eins Angebot auch die Peerberatung zählt, kommt in den letzten Jahren zusehends mehr Bedeutung in der psychiatrischen und sozialen Arbeit zu. Grund dafür ist die Orientierung weg von einem rein defizitären Menschenbild hin zu einem Bild von Menschen mit psychischen Störungen, die ein selbstbestimmtes Leben zu führen vermögen und als mit einer Vielzahl an Ressourcen ausgestattet wahrgenommen werden können. Die theoretische Grundlage dafür bieten Modelle wie der Empowerment-Ansatz, sowie das Recovery-Konzept, aber auch der Salutogenese-Ansatz im Bereich Gesundheitsförderung und Rehabilitation. Wirksamkeitsstudien zu Selbsthilfegruppen und auch zum Peer Support zeigen durchwegs hohe Zufriedenheitswerte der KlientInnen mit dem Angebot und auch durchwegs positive Ergebnisse in den erhobenen Bereichen. Die Peerberatung wurde sowohl im englischsprachigen als auch im deutschsprachigen Raum bisher jedoch nur selten evaluiert, in Deutschland, der Schweiz und in Österreich wurden lediglich die Ausbildungen zu Peers oder die Tätigkeit aus der Sicht der Peers untersucht. Die Hauptfragestellung der vorliegenden Studie war somit, ob sich die erhobenen relevanten Dimensionen durch die Inanspruchnahme der Angebote Peerberatung und Selbsthilfegruppen verändern. Die Untersuchung erfolgte als quantitative Studie mittels Fragebögen in einem Prä-Post-Design getrennt für die Peerberatung und Selbsthilfegruppen, wobei den ProbandInnen der Peerberatung die Fragebögen vor der ersten und nach der letzten Beratung und den Versuchspersonen in den Selbsthilfegruppen zu einem ersten Messzeitpunkt und nach einem halben Jahr zu einem zweiten Messzeitpunkt vorgelegt wurden. Da die Angebote bei *pro mente* an erwachsene Personen ab einem Alter von 18 Jahren mit einer psychischen Störung offeriert werden, richtete sich auch die Auswahl der Personen für die Studie danach. Ausschlusskriterien für die Angebote und somit für die vorliegende Untersuchung waren eine akute primäre Suchterkrankung, strafrechtliche Fragestellungen, sowie

intellektuelle Behinderung. Die erhobenen Dimensionen waren die allgemeine Persönlichkeit mit dem NEO-Persönlichkeitsinventar (NEO-PI-R), die Befindlichkeit mit der Befindlichkeits-Skala (BF-S), weiters die Zufriedenheit mit dem Fragebogen zu Lebenszielen und Lebenszufriedenheit (FLL), die Balance zwischen der Erholung und Belastung mit dem Erholungs-Belastungs-Fragebogen (EBF), außerdem die Selbstwirksamkeit mit dem Fragebogen zur Erfassung der Selbstwirksamkeitserwartung (SWE), der Selbstwert mit dem Wiener Selbstwerttest (WST) und die wahrgenommene soziale Unterstützung mit einer der Skalen Soziale Unterstützung (SSU), sowie zwei Kontrollvariablen, nämlich die Depression mit dem Becks-Depressions-Inventar (BDI), sowie die Ängstlichkeit in Interaktionen mit dem Interaktions-Angst-Inventar (IAF). Aus der Peerberatung gingen insgesamt 32 Personen in die Studie ein, davon waren 56,3% weiblich und 43,8% männlich, im Durchschnitt waren die Personen 43,88 Jahre alt. Aus den Selbsthilfegruppen gingen 21 Personen in die Berechnungen ein, die somit die Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten ausfüllten, davon waren 66,7% weiblich und 33,3% männlich, im Durchschnitt waren sie 50,86 Jahre alt. In der Hauptfragestellung zur Peerberatung zeigten sich signifikante Ergebnisse in der Veränderung der Balance von Erholung und Belastung, sowie der Selbstwirksamkeit. Auch die Befindlichkeit weist eine positive Veränderung auf, das Ergebnis war jedoch knapp nicht signifikant. Frauen zeigten mehr Veränderung in den Dimensionen durch das Angebot als Männer, auch jene Personen mit einer Depression oder Angststörung weisen mehr Veränderung auf als Personen mit anderen Störungsbildern. Die Persönlichkeitsdimensionen Extraversion, Neurotizismus und Offenheit für Erfahrung, sowie das Alter hatten keinen Einfluss auf die Veränderung der Werte in den erhobenen Dimensionen oder die Entscheidung, nach der Peerberatung eine Selbsthilfegruppe zu besuchen oder nicht. Versuchspersonen, die nicht in einer Beziehung waren, zeigten nach der Peerberatung mehr Veränderung in der Bedeutsamkeit der Lebensziele und der Lebenszufriedenheit, als jene in einer Beziehung. In den Selbsthilfegruppen zeigte sich in der Hauptfragestellung, die sich ebenfalls auf die Veränderung der relevanten erhobenen Dimensionen durch die Teilnahme an den Selbsthilfegruppen bezog, nur ein signifikantes Ergebnis, es veränderte sich die Zufriedenheit mit den Lebenszielen in die negative Richtung. In der Depression und Ängstlichkeit zeigten sich keine signifikanten Veränderungen, die Dauer, wie lange sich die Versuchspersonen bereits in einer

Selbsthilfegruppe befanden, hatte keinen Einfluss auf die Veränderung der Dimensionen, wohl aber auf den Selbstwert in Bezug auf die Identifikation mit einer Bezugsgruppe. Frauen und Männer profitierten in gleichem Maße von diesem Angebot, auch unter den Selbsthilfegruppen zeigten sich keine Unterschiede in den Veränderungen. Die Wechselwirkung der Geschlechter der KlientInnen und der Leitung der Selbsthilfegruppen zeigte ein signifikantes Ergebnis in der Bedeutsamkeit der Lebensziele. Die Persönlichkeitsdimensionen Extraversion und Offenheit für Erfahrung hatten keinen Einfluss auf die Veränderung in den relevanten Dimensionen, wohl aber die Persönlichkeitsdimension Neurotizismus. Diese zeigte einen signifikanten positiven Zusammenhang mit der Veränderung des Selbstwerts in Bezug auf die Person selbst, das Alter wiederum hatte keinen Einfluss auf die Veränderung der relevanten Dimensionen bei den Personen in den Selbsthilfegruppen. Bei jenen ProbandInnen, die nicht in einer Beziehung waren, veränderte sich durch die Selbsthilfegruppe die Bedeutsamkeit der Lebensziele und der Lebenszufriedenheit, bei jenen in einer Beziehung veränderte sich hingegen die wahrgenommene soziale Unterstützung in eine positive Richtung. Der Vergleich der ProbandInnen nach der Peerberatung mit jenen aus den Selbsthilfegruppen zum zweiten Messzeitpunkt zeigte einen signifikanten Unterschied, so waren bei jenen Personen in den Selbsthilfegruppen die Lebensziele und die Lebenszufriedenheit eher gegeben, als bei den ProbandInnen nach der Peerberatung, sowie verspürten die Personen in den SHG mehr soziale Unterstützung als die KlientInnen nach der Peerberatung.

4 ABSTRACT

The present study evaluated peer-counseling and mutual help groups of the non-occupational project of the mutual help orientated project work at *pro mente* Vienna. Hypothesized differences were examined in relevant dimensions in peer-counseling and mutual help groups. Personality was assessed with the NEO-Personality-Inventory. The Mental-State-Scale was testing mental state and the Aims in Life and Contentment in Life Questionnaire contentment, furthermore the balance between recreation and stress was examined using the Recreation-Stress-Questionnaire, self-efficacy the Self-Efficacy Scale and self-esteem the Viennese Self-Esteem-Questionnaire, whereas the perceived social support was tested with the Social Support Appraisals-Scale. Control variables, including depression and anxiety, were measured with Beck's Depression-Inventory and Interaction-Anxiety-Inventory. Questionnaires were taking place twice. The random sample contained participants with mental disorders in peer-counseling or mutual help groups, beside persons with acute primary substance abuse, criminal issues or intellectual handicap. In peer-counseling a total of 32 persons (56,3% female, 43,8% male) completed questionnaires twice, a total of 21 persons (66,7% female, 33,3% male) in mutual help groups. Consistent with the hypothesis statistical analysis showed positive significant outcomes in varieties of balance of recreation and stress and self-efficacy from first point to second point in peer-counseling, whereas mental state showed positive, but not significant results. Analysis in mutual help groups showed negative significant outcomes in contentment with aims in life. No significant results could be found for depression and anxiety. Comparison of the proposals showed significant differences in the second subscale of aims in life and contentment in life and suggested, that aims in life and contentment in life were more given in mutual help groups at second point than after peer-counseling. Results confirm peer-counseling and mutual help groups being useful interventions for people with mental disorders.

5 LITERATURVERZEICHNIS

- Ainbinder, J.G., Blanchard, L.W., Singer, G.H.S., Sullivan, M.E., Powers, L.K., Marquis, J.G. et al. (1998). A qualitative study of parent to parent support for parents of children with special needs. *Journal of Pediatric Psychology*, 23 (2), 99–109.
- Amering, M. & Schmolke, M. (2007). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Assion, H.-J. (2006). Diagnostik, Klassifikation und Differentialdiagnose. In H.-J. Assion & W. Vollmoeller (Hrsg.), *Handbuch Bipolare Störungen. Grundlagen – Diagnostik – Therapie* (S. 59–72). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bach, M. (1998). Differentialdiagnostische Aspekte der Sozialphobie. In H. Katschnig, U. Demal & J. Windhaber (Hrsg.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird... Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie* (S.27–32). Wien: Facultas.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Hautzinger, M. (2001). *Beck-Depressionsinventar (BDI)* (2., überarbeitete Aufl., 1. Nachdr.). Bern: Huber.
- Becker, P. (1997). *Interaktions-Angst-Fragebogen (IAF)* (3., revidierte und erweiterte Aufl.). Göttingen: Beltz.

- Beeble, M.L. & Salem, D.A. (2009). Understanding the phases of recovery from serious mental illness: the roles of referent and expert power in a mutual-help setting. *Journal of Community Psychology*, 37 (2), 249–267.
- Beesdo, K., Wittchen, H.-U. (2006). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S.731–762). Heidelberg: Springer.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Spezieller Teil. 4. Abteilung, 1. Hälfte*. Leipzig und Wien: Franz Deuticke.
- Bock, T. (2005). Stimmrecht der Seele? Stimmenhören in einem anthropologischen Psychosekonzept. In H. Katschnig & M. Amering (Hrsg.), *Stimmenhören. Medizinische, psychologische und anthropologische Aspekte* (S. 22–33). Wien: Facultas.
- Bock, T. (2009). Die Peer-Arbeit aus anthropologischer Sicht. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 22–32). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bracke, P., Christiaens, W. & Verhaeghe, M. (2008). Self-esteem, self-efficacy, and the balance of peer support among persons with chronic mental health problems. *Journal of Applied Social Psychology*, 38 (2), 436–459.
- Bundessozialamt (2009). *Katalog Wirkungsorientierte Zielvereinbarungen für Projektförderung*. (unveröffentlicht).

- Castelein, S., Bruggeman, R., van Busschbach, J.T., van der Gaag, M., Stant, A.D., Knegtering, H. et al. (2008). The effectiveness of peer support in psychosis: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 64–72.
- Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D. & Kraemer Tebes, J. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *American Psychological Association*, 6 (2), 165–187.
- Davidson, L., Chinman, M., Sells, D. & Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3), 443–450.
- Dennis, C.-L. (2003). The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (2), 115–124.
- Dennis, C.-L., Hodnett, E., Gallop, R. & Chalmers, B. (2002). The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: A randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 166 (1), 21–28.
- Dilling, E., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2010). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (7., überarbeitete Aufl.) Bern: Hans Huber.
- Dworschak, H. (2003). *Evaluierung des Projektes „peer-coaching“*. Unveröffentlichter Endbericht, LISA – Linzer Institut für soziale Analysen.
- Dworschak, H. (2006). *Evaluierung der Tätigkeiten von Peers*. Unveröffentlichter Endbericht, LISA – Linzer Institut für soziale Analysen.
- Exit sozial. Verein für psychosoziale Dienste (2011). Zugriff am 11.06.2011 unter <http://www.exitsozial.at/angebote/peer-beratung.html>

- Fehm, L. (2006). Soziale Phobie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S.795-810). Heidelberg: Springer.
- Fisher, D. (2001). The empowerment model of recovery: Finding our voice and having a say. *National Empowerment Center – Articles*. Retrieved July 7, 2011, from http://www.power2u.org/articles/recovery/model_recovery.html
- Fisher, D. & Ahern, L. (2011). People can recover from mental illness. *National Empowerment Center – Articles*. Retrieved July 7, 2011, from http://www.power2u.org/articles/recovery/people_can.html
- Hanfstingl, B. (2004). *Anstrengungsvermeidung als belastungsreduzierende Copingstrategie im Lehrberuf : unter Berücksichtigung der Handlungskontrolle, der Selbststeuerungsfähigkeit und der sozialen Kompetenz*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Heindl, A., Rupprecht, U. & Wolfersdorf, M. (2008). SHG für depressiv kranke Menschen. Selbsthilfe: finden wir gut. Erkenntnisse klinischer psychiatrischer, psychotherapeutischer und psychologischer Sicht. In Deutsche Arbeitsgemeinschaft SHG (Hrsg.), *SHG Jahrbuch 2008*, Gießen (Eigenverlag)
- Herkner, W. (1994). Ein neuer Selbstwert-Test. In G. Gittler (Hrsg.), *Die Seele ist ein weites Land* (221–232). Wien: WUV-Universitätsverlag.
- Herkner, W. (2004). *Lehrbuch Sozialpsychologie* (2., unveränderte Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Höflich, A., Matzat, J., Meyer, F., Knickenberg, R.J, Bleichner, F., Merkle, W. et al. (2007). Inanspruchnahme von SHG und Psychotherapie im Anschluss an eine stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung. *Psychotherapie Psychiatrie Medizin*, 57, 213–220.

- Hoyer, J. & Beesdo, K. (2006). Generalisierte Angststörung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S.781–794). Heidelberg: Springer.
- Hinkeler, E.M., Meresman, J.F., Hargreaves, W.A., Fireman, B., Berman, W.H., Kirsch, A.J. et al. (2000). Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Archives Family medicine*, 9, 700–708.
- In-Albon, T. & Margraf, J. (2006). Panik und Agoraphobie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S.763-780). Heidelberg: Springer.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1999). *Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung (SWE)*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Kallus, K.W. (1995). *Erholungs-Belastungs-Fragebogen (EBF)*. Frankfurt/M.: Swets Test Services.
- Katschnig, H. (2005a). Stimmenhören in der Psychiatrie. In H. Katschnig & M. Amering (Hrsg.), *Stimmenhören. Medizinische, psychologische und anthropologische Aspekte* (S. 9–13). Wien: Facultas.
- Katschnig, H. (2005b). Stimmenhören, Stigma und Schizophrenie. Stigmarelevante historische Wurzeln des Schizophreniekonzeptes. In H. Katschnig & M. Amering (Hrsg.), *Stimmenhören. Medizinische, psychologische und anthropologische Aspekte* (S. 131–146). Wien: Facultas.
- Knuf, A. (2000a). Steine aus dem Weg räumen! Empowerment und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie. In A. Knuf & U. Seibert (Hrsg.), *Selbstbefähigung fördern. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit* (S. 32–44). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Knuf, A. (2000b). Aufklärung und Informationsaustausch als Empowerment-Strategie. In A. Knuf & U. Seibert (Hrsg.), *Selbstbefähigung fördern. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit* (S. 45–56). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Knuf, A.; Seibert, U. (2000). Einleitung. In A. Knuf & U. Seibert (Hrsg.), *Selbstbefähigung fördern. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit* (S. 5–7). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Knuf, A. (2004). *Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept*. Zugriff am 07.07.2011 unter <http://www.bpe-online.de/infopool/trialog/andere/knuf-recovery.pdf>
- Knuf, A. (2006). *Empowerment in der psychiatrischen Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Knuf, A. (2009). Recovery, Empowerment und Peer-Arbeit. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 33–47). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kraak, B. & Nord-Rüdiger, D. (1989). *Fragebogen zu Lebenszielen und Lebenszufriedenheit (FLL)*. Goettingen: Hogrefe.
- Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie. 2. Band: Klinische Psychiatrie* (6. Vollständig umgearbeitete Aufl.). Leipzig: Barth.
- Kurzbeschreibung der pro mente austria* (2011). Zugriff am 15.06.2011 unter <http://www.promenteaustria.at/seiten/index.php/nav.6/?PHPSESSID=5ebaa84afb9b470317181cbb26ddca4c>
- Laireiter, A.R. (1996). *Skala soziale Unterstützung (SSU)*. Mödling: Dr. Schuhfried.
- Leitbild der pro mente Wien* (2011). Zugriff am 15.06.2011 unter <http://www.promente-wien.at/index.php/ueber-uns/leitbild>

- Lucksted, A., McNulty, K., Brayboy, L. & Forbes, C. (2009). Initial evaluation of the peer-to-peer program. *Psychiatric Services*, 60 (2), 250–253.
- Matzat, J. (2004). *Wegweiser Selbsthilfegruppen. Eine Einführung für Laien und Fachleute* (überarbeitete Neuaufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Matzat, J. (2008). Zum Stand der Selbsthilfe in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung der Sucht-Selbsthilfe. *European Journal of Mental Health*, 4 (1), 101–114.
- Mead, S., Hilton, D. & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 134–141.
- Menon, S. (1999). Psychological Empowerment: Definition, Measurement, and Validation. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 31 (3), 161–164.
- Meyer, F., Roth, H., Höflich, A., Matzat, J., Kresula, A., Stein, A. et al. (2008). SHG im Rahmen stationärer psychotherapeutischer Behandlungen. *Psychotherapeut*, 53 (3), 198–205.
- Molassiotis, A., Callaghan, P., Twinn, S.F., Lam, S.W., chung, W.Y. & Li, C.K. (2002). A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychologic distress and improving quality of life in chinese patients with symptomatic HIV disease. *AIDS Patient Care and Studies*, 16 (2), 83–96.
- Moos-Hofius, B. & Rapp, I. (2007). *SHG – Ein Leitfaden für die Gruppenarbeit* [Broschüre]. Koskon NRW.
- Morschitzky, H. (2009). *Angststörungen. Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe* (4., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wien: Springer.

Müller, N., Beloch, E. & Wittchen, H.-U. (1998). Lebensqualität und störungsspezifische Beeinträchtigungen bei Sozialphobie. In H. Katschnig, U. Demal & J. Windhaber (Hrsg.), *Wenn Schüchternheit zur Krankheit wird... Über Formen, Entstehung und Behandlung der Sozialphobie* (S.67–80). Wien: Facultas.

Organisation der pro mente Wien (2011). Zugriff am 15.06.2011 unter <http://www.promente-wien.at/index.php/ueber-uns/organisation>

Ostendorf, F & Angleitner, A. (2004). *NEO Persoenlichkeitsinventar nach Costa und McCrae – Revidierte Fassung. (NEO-PI-R; Costa, P.T.Jr., & McCrae, R.R., 1992)*. Goettingen: Hogrefe.

Pawlowsky, P. (2007). *Orientierungen im Labyrinth der Seele. Vier Jahrzehnte im Dienst der psychischen Gesundheit*. Linz: edition pro mente.

Perkins, D.; Zimmerman, M. (1995). Empowerment Theory, Research, and Application. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 569–579.

Pistrang, N., Barker, C. & Humphreys, K. (2008). Mutual help groups for mental health problems: a review of effectiveness studies. *American Journal of Community Psychology*, 42, 110–121.

Rabenschlag, F. (2010). *Evaluation des peer to peer-Projekts der pro mente sana*. Zugriff am 11.06.2011. unter http://www.promentesana.ch/page.php?pages_id=239&language=de

Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15 (2), 121–148.

- Resnick, S.G. & Rosenheck, R.A. (2008). Integrating peer-provided services: A quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatric Services*, 59 (11), 1307–1314.
- Rey, E.-R. (2006). Psychotische Störungen und Schizophrenie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S.675–729). Heidelberg: Springer.
- Roberts, L.J., Salem, D., Rappaport, J., Toro, P.A., Luke, D.A. & Seidman, E. (1999). Giving and receiving help: interpersonal transactions in mutual-help meetings and psychosocial adjustment of members. *American Journal of Community Psychology*, 27 (6), 841–868.
- Rowe, M., Bellamy, C., Baranoski, M., Wieland, M., O’Connell, M.J., Benedict, P. et al. (2007). A peer-support, group intervention to reduce substance use and criminality among persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 58 (7), 955–961.
- Rummel-Kluge, C., Stiegler-Klotz, M., Schwarz, C., Hansen, W.-P. & Kissling, W. (2007). Peer-counseling in schizophrenia: Patients consult patients. *Patient Education and Counseling*, 70, 357–362.
- Salem, D.A., Gant, L. & Campbell, R. (1998). The initiation of mutual-help groups within residential treatment settings. *Community Mental Health Journal*, 34 (4), 419–429.
- Schutt, R.K. & Rogers, E.S. (2009). Empowerment and peer support. Structure and process of self-help in a consumer-run center for individuals with mental illness. *Journal of Community Psychology*, 37 (6), 697–710.
- Schwartz, C.E. & Sendor, R.M. (1999). Helping others helps oneself: Response shift effects in peer support. *Social Science & Medicine*, 48, 1563–1575.

- Schwonke, C. (2000). *Untersuchung von Peer Counseling*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Kassel.
- Segal, S.P. & Silverman, C. (2002). Determinants of client outcomes in self-help agencies. *Psychiatric Services*, 53 (3), 304–309.
- Seibert, U. (2000). Die „Nutzer-Orientierung“ in der Psychiatrie – ein Paradigmenwechsel hin zum Empowerment?. In A. Knuf & U. Seibert (Hrsg.), *Selbstbefähigung fördern. Empowerment in der psychiatrischen Arbeit* (S. 20–29). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Seligman, M. (1995). *Erlernte Hilflosigkeit* (5., korrigierte Aufl.). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Sells, D., Black, R., Davidson, L. & Rowe, M. (2008). Beyond generic support: Incidence and impact of invalidation in peer services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 59 (11), 1322–1327.
- Sells, D., Davidson, L., Jewell, C., Falzer, P. & Rowe, M. (2006). The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 57 (8), 1179–1184.
- Tobolka, H. (2003). *Entwurf eines änderungssensiblen Selbstwertfragebogens*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Tobolka, H., Olbrich, A. & Herkner, W. (2003). *Wiener Selbstwert Test (WST)*. (unveröffentlicht).
- Travers, H.-W. (1998). Diagnose und Differentialdiagnose. In S. A. Volk, H.-W. Travers & H. Neubig (Hrsg.), *Depressive Störungen. Diagnostik, Ursachen, Psycho- und Pharmakotherapie* (S. 34–56). Stuttgart: Kohlhammer.

- Utschakowski, J. (2009a). Peer Support: Gründe, Wirkungen, Ambitionen. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 14–21). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, J. (2009b). Strukturelle Voraussetzungen und Bedingungen der Peer-Arbeit. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 70–79). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, J. (2009c). Die Ausbildung von Experten durch Erfahrung. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 82–90). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Utschakowski, J. (2009d): Den reichen Schatz an Erfahrungswissen nutzen. *Soziale Psychiatrie*, 1, 6–8.
- Van Haaster, H. (2009). Der Wert der Erfahrung. In J. Utschakowski, G. Sielaff & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 48–57). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Verhaeghe, M., Bracke, P. & Bruynooghe, K. (2008). Stigmatization and self-esteem of persons in recovery from mental illness: The role of peer support. *International Journal of Social Psychology*, 54 (3), 206–218.
- Wagner, R., Ballauf, S. (2008). *Betroffene beraten Betroffene. Von der Selbsthilfe zur „professionellen Peerberatung“ und „Peer-Mentoring“*. Jahresbericht 2007. (unveröffentlicht)
- Wagner, R., Hopfgartner, M. (2009). *Peerberatung. Von der Selbsthilfe zur „professionellen Peerberatung“*. Kurzkonzept. (unveröffentlicht)

Wiedl, K.H. (2005). Wie gehen Betroffene mit Stimmenhören um?. In H. Katschnig & M. Amering (Hrsg.), *Stimmenhören. Medizinische, psychologische und anthropologische Aspekte* (S. 76–89). Wien: Facultas.

Zerssen, Dv & Koeller, DM. (1976). *Die Befindlichkeits-Skala (BF-S)*. Weinheim: Beltz.

Zimmerman, M. (1995). Psychological Empowerment: Issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 23 (5), 581–599.

Zimmerman, M., Warschausky, S. (1998). Empowerment Theory for Rehabilitation Research: Conceptual and Methodological Issues. *Rehabilitation Psychology*, 43 (1), 3–16.

6 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Testung auf Normalverteilung der Tests	85
Tabelle 2 T-Test für abhängige Stichproben zur Veränderung der Dimensionen	86
Tabelle 3 Testung auf Normalverteilung der Differenzen der Dimensionen	87
Tabelle 4 Levene Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen	87
Tabelle 5 T-Test für unabhängige Stichproben zu Geschlechtsunterschieden	88
Tabelle 6 Levene Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen	88
Tabelle 7 T-Test für unabhängige Stichproben zu Geschlechtsunterschieden zum zweiten Zeitpunkt	89
Tabelle 8 Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen	90
Tabelle 9 Einfaktorielle Varianzanalyse über die Störungsbilder	90
Tabelle 10 Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen	93
Tabelle 11 T-Test für unabhängige Stichproben zu Beziehung ja/nein	93
Tabelle 12 Testung auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test	94
Tabelle 13 T-Test für abhängige Stichproben zu Veränderung der Dimensionen	95
Tabelle 14 Prüfung der Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test	95
Tabelle 15 T-Test für abhängige Stichproben zur Veränderung der Kontrollvariablen	96
Tabelle 16 Testung auf Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test	97
Tabelle 17 Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen	97
Tabelle 18 T-Test für unabhängige Stichproben zu Geschlechtsunterschieden	98
Tabelle 19 Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen	99
Tabelle 20 Wechselwirkung der Geschlechter in der Univariaten Varianzanalyse	99
Tabelle 21 Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen	100
Tabelle 22 Einfaktorielle Varianzanalyse über die Störungsbilder	100
Tabelle 23 Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen	103
Tabelle 24 T-Test für unabhängige Stichproben zu Beziehung ja/nein	103
Tabelle 25 Levene-Test zur Prüfung der Homogenität der Varianzen	104
Tabelle 26 T-Test für unabhängige Stichproben Vergleich Peerberatung und SHG	105

7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Problemstellung der KlientInnen der Peerberatung nach Geschlecht unterteilt	75
Abbildung 2 Anzahl der Personen in Peerberatung nach ausgefüllten Fragebögen unterteilt	76
Abbildung 3 Problemstellung der Dropouts der Peerberatung unterteilt nach Geschlecht	76
Abbildung 4 Personen in SHG nach Thema und Geschlecht unterteilt	77
Abbildung 5 Anzahl der Personen in den SHG nach ausgefüllten Fragebögen unterteilt	78
Abbildung 6 Anzahl der Dropouts unterteilt nach SHG und dem Geschlecht	79
Abbildung 7 Problemstellung in der Stichprobe der Peerberatung nach Geschlecht unterteilt	80
Abbildung 8 Familienstand in der Stichprobe der Peerberatung	81
Abbildung 9 Höchste abgeschlossene Bildung in der Stichprobe der Peerberatung	81
Abbildung 10 Stichprobe der SHG unterteilt nach Thema und Geschlecht	82
Abbildung 11 Familienstand in der Stichprobe der SHG	83
Abbildung 12 Höchste abgeschlossene Bildung der Stichprobe der SHG	83
Abbildung 13 Veränderung der Mittelwerte vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt in der Peerberatung	86

8 ANHANG

Wien, im Juni 2010

Liebe LeiterInnen und TeilnehmerInnen der Selbsthilfegruppen!

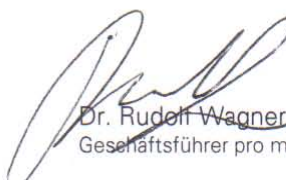
Im Auftrag von *pro mente* und als mein persönliches Anliegen wird eine Wirksamkeitsstudie der Selbsthilfeorientierten Projektarbeit durchgeführt. Ziel der Studie ist es, die qualitativ hochwertige Arbeit der Selbsthilfe nachzuweisen und auch Verbesserungsmöglichkeiten auszuloten. Beides ist für uns sehr wichtig. Die Studie wird daher von *pro mente* für *pro mente* durchgeführt.

Ich freue mich sehr, dass wir zwei engagierte Studentinnen der Psychologie an der Universität Wien (Fr. Karin Dabernig und Fr. Katarzyna Kwiatkowska) gewinnen konnten, für uns diese Studie durchzuführen.

Ich bitte Sie uns dabei zu unterstützen und sich die Zeit für den beiliegenden Fragebogen zu nehmen.

Für Ihre Hilfe herzlich dankend verbleibe ich

mit besten Grüßen


Dr. Rudolf Wagner
Geschäftsführer pro mente Wien

Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit
pro mente Wien
UID ATU 45152800
ZVR-Zahl 203057806
A-1040 Wien, Grüngasse 1A
T +43 (0)1 513 15 30, F +43 (0)1 513 15 30 - 350
pro mente | wien

FRAGEBOGEN – PEERBERATUNG 1

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Daten **vertraulich** behandelt und nur im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie zur weiteren Verbesserung der Peerberatung und Selbsthilfe verwendet werden. Wir können **Anonymität gewährleisten**. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen ehrlich und spontan.

Code:

Alter:

Geschlecht:

☐ weiblich ☐ männlich

Familienstand:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

☐ in einer Partnerschaft lebend

Höchste abgeschlossene Bildung:

☐ Pflichtschulabschluss ☐ Lehre ☐ Matura ☐ Hochschulabschluss

Beruf bzw. zuletzt ausgeübter Beruf:

Geschlecht der Leitung der Peerberatung:

☐ weiblich ☐ männlich

Im folgenden Fragebogen geht es um Ihre ganz persönliche Antwort auf die folgenden Fragen zu den unten genannten Themengebieten. Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten auf Sie zutrifft:

	<i>das lehne ich ganz ab</i>	<i>gar nicht</i>	<i>in geringem Maße</i>	<i>in mittlerem Maße</i>	<i>in hohem Maße</i>	<i>in sehr hohem Maße</i>
GESUNDHEIT Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
WIRTSCHAFTLICHE SICHERHEIT Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SICHERHEIT VOR ARBEITSLOSIGKEIT Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
STABILE BEZIEHUNGEN ZU ANDEREN MENSCHEN Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GUTER LEBENSSTANDARD Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MICH FÜR ANDERE MENSCHEN EINSETZEN Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MEINE ARBEIT MITGESTALTEN KÖNNEN Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
BERUFLICH ERFOLGREICH SEIN Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
FREUDE AN DER FREIZEIT Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VERBUNDENHEIT MIT ANDEREN MENSCHEN Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GELIEBT WERDEN Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SEXUELLE BEFRIEDIGUNG Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

EIN GUTES ZUSAMMENLEBEN IN DER FAMILIE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?						
GUTE ENTWICKLUNG MEINES KINDES/MEINER KINDER	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?						
POSITIVER EINDRUCK AUF ANDERE	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?						
PERSÖNLICHE ENTWICKLUNG	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?						
MEINE SELBSTACHTUNG	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?						
MEIN LEBEN ALS SINNVOLL ERLEBEN	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wie wichtig ist dieses Ziel für mich?						

	<i>gar nicht</i>	<i>in geringerem Maße</i>	<i>in mittlerem Maße</i>	<i>in hohem Maße</i>	<i>in sehr hohem Maße</i>
GESUNDHEIT	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
WIRTSCHAFTLICHE SICHERHEIT	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
SICHERHEIT VOR ARBEITSLOSIGKEIT	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
STABILE BEZIEHUNGEN ZU ANDEREN MENSCHEN	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
EIN GUTER LEBENSSTANDARD	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
MICH FÜR ANDERE MENSCHEN EINSETZEN	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
MEINE ARBEIT MITGESTALTEN KÖNNEN	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
BERUFLICH ERFOLGREICH SEIN	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
FREUDE AN DER FREIZEIT	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					

VERBUNDENHEIT MIT ANDEREN MENSCHEN	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
GELIEBT WERDEN	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
SEXUELLE BEFRIEDIGUNG	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
GUTES ZUSAMMENLEBEN IN DER FAMILIE	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
GUTE ENTWICKLUNG MEINES KINDES/MEINER KINDER	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
POSITIVER EINDRUCK AUF ANDERE	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
PERSÖNLICHE ENTWICKLUNG	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
MEINE SELBSTACHTUNG	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					
MEIN LEBEN ALS SINNVOLL ERLEBEN	☐	☐	☐	☐	☐
Inwieweit ist dieses Ziel bei mir gegeben?					

	<i>gar nichts tun</i>	<i>etwas tun</i>	<i>viel tun</i>	<i>sehr viel tun</i>	<i>kann ich nicht abschätzen</i>
GESUNDHEIT					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
WIRTSCHAFTLICHE SICHERHEIT					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
SICHERHEIT VOR ARBEITSLOSIGKEIT					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
STABILE BEZIEHUNGEN ZU ANDEREN MENSCHEN					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
EIN GUTER LEBENSSTANDARD					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
MICH FÜR ANDERE MENSCHEN EINSETZEN					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐

GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
MEINE ARBEIT MITGESTALTEN KÖNNEN					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
BERUFLICH ERFOLGREICH SEIN					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
FREUDE AN DER FREIZEIT					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
VERBUNDENHEIT MIT ANDEREN MENSCHEN					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
GELIEBT WERDEN					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
SEXUELLE BEFRIEDIGUNG					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
GUTES ZUSAMMENLEBEN IN DER FAMILIE					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
GUTE ENTWICKLUNG MEINES KINDES/MEINER KINDER					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
POSITIVER EINDRUCK AUF ANDERE					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
PERSÖNLICHE ENTWICKLUNG					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
MEINE SELBSTACHTUNG					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐
MEIN LEBEN ALS SINNVOLL ERLEBEN					
Wieviel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?	☐	☐	☐	☐	☐

	<i>schlechter/ weniger werden</i>	<i>gleich bleiben</i>	<i>besser/mehr werden</i>	<i>kann ich nicht abschätzen</i>
GESUNDHEIT				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
WIRTSCHAFTLICHE SICHERHEIT				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
SICHERHEIT VOR ARBEITSLOSIGKEIT				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
STABILE BEZIEHUNGEN ZU ANDEREN MENSCHEN				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
EIN GUTER LEBENSSTANDARD				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
MICH FÜR ANDERE MENSCHEN EINSETZEN				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
MEINE ARBEIT MITGESTALTEN KÖNNEN				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
BERUFLICH ERFOLGREICH SEIN				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
FREUDE AN DER FREIZEIT				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
VERBUNDENHEIT MIT ANDEREN MENSCHEN				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
GELIEBT WERDEN				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
SEXUELLE BEFRIEDIGUNG				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
GUTES ZUSAMMENLEBEN IN DER FAMILIE				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
GUTE ENTWICKLUNG MEINES KINDES/MEINER KINDER				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
POSITIVER EINDRUCK AUF ANDERE				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
PERSÖNLICHE ENTWICKLUNG				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
MEINE SELBSTACHTUNG				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐
MEIN LEBEN ALS SINNVOLL ERLEBEN				
Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?	☐	☐	☐	☐

	<i>sehr unzufrieden</i>	<i>überwiegend unzufrieden</i>	<i>etwas unzufrieden</i>	<i>weder - noch</i>	<i>etwas zufrieden</i>	<i>überwiegend zufrieden</i>	<i>sehr zufrieden</i>
GESUNDHEIT Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
WIRTSCHAFTLICHE SICHERHEIT Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SICHERHEIT VOR ARBEITSLOSIGKEIT Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
STABILE BEZIEHUNGEN ZU ANDEREN MENSCHEN Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
EIN GUTER LEBENSSTANDARD Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MICH FÜR ANDERE MENSCHEN EINSETZEN Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GUTE ARBEITSBEDINGUNGEN Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MEINE ARBEIT MITGESTALTEN KÖNNEN Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
BERUFLICH ERFOLGREICH SEIN Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
FREUDE AN DER FREIZEIT Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
VERBUNDENHEIT MIT ANDEREN MENSCHEN Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GELIEBT WERDEN Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
SEXUELLE BEFRIEDIGUNG Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GUTES ZUSAMMENLEBEN IN DER FAMILIE Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GUTE ENTWICKLUNG MEINES KINDES/MEINER KINDER Wie zufrieden bin ich damit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
POSITIVER EINDRUCK AUF ANDERE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie zufrieden bin ich damit?							
PERSÖNLICHE ENTWICKLUNG	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden bin ich damit?							
MEINE SELBSTACHTUNG	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden bin ich damit?							
MEIN LEBEN ALS SINNVOLL ERLEBEN	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Wie zufrieden bin ich damit?							

Sie finden im folgenden Fragebogen eine Reihe von Feststellungen, die sich auf Ihr körperliches und seelisches Befinden oder Ihre Aktivitäten in den letzten (3) Tagen und Nächten beziehen. Geben Sie bitte zu jeder Fragestellung an, wie oft die genannte Aussage in den letzten (3) Tagen und Nächten auf Sie zutraf. Lassen Sie bitte keine Frage unbeantwortet. Wählen Sie in Zweifelsfällen bitte diejenige Antwort, die am ehesten zutrifft. Beziehen Sie Ihre Antwort auf den Zeitraum, der ungefähr die letzten drei Tage und Nächte umfasst.

<i>In den letzten (3) Tagen und Nächten...</i>	<i>nie</i>	<i>selten</i>	<i>manchmal</i>	<i>mehrmals</i>	<i>oft</i>	<i>sehr oft</i>	<i>immerzu</i>
1. ...habe ich ferngesehen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. ...hatte ich zuwenig Schlaf	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. ...habe ich wichtige Arbeiten abgeschlossen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ...war ich unkonzentriert	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. ...war ich gereizt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. ...hatte ich körperliche Beschwerden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. ...fühlte ich mich ausgeglichen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. ...gingen mir die gleichen Gedanken immer wieder durch den Kopf	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. ...bin ich zufrieden und entspannt eingeschlafen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. ...habe ich Freunde getroffen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. ...war ich betrübt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. ...war ich nach meiner Arbeit todmüde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. ...sind mir andere „auf die Nerven gegangen“	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. ...litt ich unter Ängsten und Hemmungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. ...fühlte ich mich körperlich fit	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

16. ...konnte ich meine Arbeit nur schleppend erledigen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. ...habe ich mich vor Fremden bewähren müssen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. ...habe ich mich amüsiert	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. ...fühlte ich mich körperlich matt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. ...war ich glücklich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. ...wurde mir alles zuviel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22. ...bin ich nachts ohne äußeren Anlass aufgewacht	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23. ...war ich zufrieden	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
24. ...war ich böse auf andere	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
25. ...hatte ich gute Ideen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden finden Sie einige Feststellungen, denen Sie je nach Ihrer persönlichen Ansicht mehr oder weniger zustimmen können. Bitte antworten Sie spontan und lassen Sie keine Zeile aus.

	<i>stimmt nicht</i>	<i>stimmt kaum</i>	<i>stimmt eher</i>	<i>stimmt genau</i>
1. Wenn sich Widerstände auftun, finde ich Mittel und Wege, mich durchzusetzen.	☐	☐	☐	☐
2. Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.	☐	☐	☐	☐
3. Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.	☐	☐	☐	☐
4. In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll.	☐	☐	☐	☐
5. Auch bei überraschenden Ereignissen glaube ich, dass ich gut mit ihnen zurechtkommen kann.	☐	☐	☐	☐
6. Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.	☐	☐	☐	☐
7. Was auch immer passiert, ich werde schon klarkommen.	☐	☐	☐	☐
8. Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.	☐	☐	☐	☐

9. Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann.	☐	☐	☐	☐
10. Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Eigenschaftspaaren. Bitte entscheiden Sie – ohne lange zu überlegen – welche der beiden Eigenschaften Ihrem augenblicklichen Zustand am ehesten entspricht. Machen Sie in das Kästchen vor der eher zutreffenden Eigenschaft ein Kreuz. Nur wenn Sie sich gar nicht entscheiden können, machen Sie ein Kreuz in die Spalte „weder-noch“. Lassen Sie keine Zeile aus.

Ich fühle mich jetzt:

	<i>eher</i>	<i>weder- noch</i>	<i>eher</i>	
1.	☐	☐	☐	frisch
2.	☐	☐	☐	teilnahmslos
3.	☐	☐	☐	froh
4.	☐	☐	☐	erfolgreich
5.	☐	☐	☐	gereizt
6.	☐	☐	☐	entschlusslos
7.	☐	☐	☐	lustig
8.	☐	☐	☐	gutgelaunt
9.	☐	☐	☐	appetitlos
10.	☐	☐	☐	gesellig
11.	☐	☐	☐	minderwertig
12.	☐	☐	☐	entspannt
13.	☐	☐	☐	glücklich
14.	☐	☐	☐	scheu
15.	☐	☐	☐	sündig
16.	☐	☐	☐	sicher
17.	☐	☐	☐	verlassen
18.	☐	☐	☐	ausgewogen
19.	☐	☐	☐	selbstsicher
20.	☐	☐	☐	elend
21.	☐	☐	☐	beweglich
22.	☐	☐	☐	müde
23.	☐	☐	☐	zögernd
24.	☐	☐	☐	ruhig
25.	☐	☐	☐	schwunglos
26.	☐	☐	☐	nutzlos
27.	☐	☐	☐	schwerfällig
28.	☐	☐	☐	überlegen

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

Der Fragebogen in der Peerberatung zum zweiten Messzeitpunkt beinhaltet das folgende Titelblatt, sowie dieselben Erhebungsinstrumente wie der Fragebogen zum ersten Zeitpunkt und wird außerdem durch die folgenden Erhebungsinstrumente ergänzt.

FRAGEBOGEN – PEERBERATUNG 2

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Daten **vertraulich** behandelt und nur im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie zur weiteren Verbesserung der Peerberatung und Selbsthilfe verwendet werden. Wir können **Anonymität gewährleisten**. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen ehrlich und spontan.

Code:

Alter:

Geschlecht:

☐ weiblich ☐ männlich

Familienstand:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet

☐ in einer Partnerschaft lebend

Höchste abgeschlossene Bildung:

☐ Pflichtschulabschluss ☐ Lehre ☐ Matura ☐ Hochschulabschluss

Beruf bzw. zuletzt ausgeübter Beruf:

Geschlecht der Leitung der Peerberatung:

☐ weiblich ☐ männlich

Werden Sie eine Selbsthilfegruppe besuchen?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Die folgenden Aussagen könnten sich zur Beschreibung der eigenen Person eignen. Bitte lesen Sie diese Aussagen aufmerksam durch und überlegen Sie, wie sehr diese auf Sie persönlich im Allgemeinen zutreffen.

		Starke Ablehnung	Ablehnung	neutral	Zustimmung	Starke Zustimmung
1.	Ich habe gerne Leute um mich herum.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Ich finde philosophische Diskussionen langweilig.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Ich halte mich nicht für besonders fröhlich.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Ich versuche, alle mir aufgetragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen.	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Ich fühle mich oft angespannt und nervös.	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Ich bin gerne im Zentrum des Geschehens.	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Poesie beeindruckt mich wenig oder gar nicht.	☐	☐	☐	☐	☐
10.	In Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch.	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Ich habe eine Reihe von klaren Zielen und arbeite systematisch auf sie zu.	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Manchmal fühle ich mich völlig wertlos.	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Ich arbeite hart, um meine Ziele zu erreichen.	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Ich bin ein fröhlicher, gut gelaunter Mensch.	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Manche Leute halten mich für kalt und berechnend.	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schief geht.	☐	☐	☐	☐	☐
17.	Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung.	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Ich bin selten traurig oder deprimiert.	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit zu	☐	☐	☐	☐	☐

	spekulieren.					
20.	Ich versuche stets rücksichtsvoll und sensibel zu handeln.	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt.	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst.	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen.	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren.	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Bei allem, was ich tue, strebe ich nach Perfektion.	☐	☐	☐	☐	☐

Bitte beantworten Sie die folgenden Aussagen danach, wie sie am ehesten im Allgemeinen auf Sie zutreffen.

	<i>nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>fast immer</i>
1. Ich bin gut gelaunt.	☐	☐	☐	☐
2. Ich fühle mich wohl.	☐	☐	☐	☐
3. Ich bin frustriert.	☐	☐	☐	☐
4. Ich fühle mich ausgeglichen.	☐	☐	☐	☐
5. Ich bin fröhlich.	☐	☐	☐	☐
6. Ich mache einen guten Eindruck auf andere.	☐	☐	☐	☐
7. Andere finden mich attraktiv.	☐	☐	☐	☐
8. Ich fühle mich von anderen anerkannt.	☐	☐	☐	☐
9. Ich werde von anderen gelobt.	☐	☐	☐	☐
10. Es gelingt mir, zu beeinflussen, was andere von mir denken.	☐	☐	☐	☐
11. Ich bringe meiner Meinung nach gute Leistungen.	☐	☐	☐	☐
12. Ich bin mit mir selbst zufrieden.	☐	☐	☐	☐
13. Ich könnte mich mehr anstrengen.	☐	☐	☐	☐
14. Ich bin auf die Hilfe anderer angewiesen.	☐	☐	☐	☐
15. Ich selbst entscheide was ich tun möchte.	☐	☐	☐	☐

Die folgenden Feststellungen beziehen sich auf für Sie persönlich wichtige Bezugsgruppen. Das können Familienmitglieder, ArbeitskollegInnen, FreundInnen, Mitglieder eines Vereins dem Sie angehören, sein. Auch größere Gruppen, zu denen Sie sich zugehörig fühlen können, sind gemeint: etwa Ihre BerufskollegInnen, StudienkollegInnen, Landsleute, die Mitglieder Ihrer Religionsgemeinschaft, die Fans desselben Fußballvereins, etc. Denken Sie bitte daran, was im Allgemeinen auf Sie zutrifft. Wenn Sie mehrere Bezugsgruppen im Sinn haben, wählen Sie die Antwort, die beschreibt, was für Sie am wichtigsten ist, wenn es um Bezugsgruppen geht.

	<i>nie</i>	<i>manchmal</i>	<i>oft</i>	<i>fast immer</i>
16. Ich bin froh, Mitglied dieser Gruppe zu sein.	☐	☐	☐	☐
17. Ich identifiziere mich mit dieser Gruppe.	☐	☐	☐	☐
18. Ich bin stolz auf diese Gruppe.	☐	☐	☐	☐
19. Ich erfülle die Rolle in dieser Gruppe gut.	☐	☐	☐	☐
20. Meine Loyalität zu dieser Gruppe ist stark.	☐	☐	☐	☐

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2, oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

A	
0	Ich bin nicht traurig.
1	Ich bin traurig.
2	Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
3	Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.
B	
0	Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
1	Ich sehe mutlos in die Zukunft.
2	Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
3	Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann.
C	
0	Ich fühle mich nicht als Versager.
1	Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
2	Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
3	Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.
D	
0	Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
1	Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
2	Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.

3	Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.
E	
0	Ich habe keine Schuldgefühle.
1	Ich habe häufig Schuldgefühle.
2	Ich habe fast immer Schuldgefühle.
3	Ich habe immer Schuldgefühle.
F	
0	Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
1	Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
2	Ich erwarte, bestraft zu werden.
3	Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.
G	
0	Ich bin nicht von mir enttäuscht.
1	Ich bin von mir enttäuscht.
2	Ich finde mich fürchterlich.
3	Ich hasse mich.
H	
0	Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
1	Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
2	Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
3	Ich gebe mir für alles die Schuld, was schief geht.
I	
0	Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
1	Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
2	Ich möchte mich am liebsten umbringen.
3	Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.
J	
0	Ich weine nicht öfter als früher.
1	Ich weine jetzt mehr als früher.
2	Ich weine jetzt die ganze Zeit.
3	Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.
K	
0	Ich bin nicht reizbarer als sonst.
1	Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
2	Ich fühle mich dauernd gereizt.
3	Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.
L	
0	Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
1	Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
2	Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
3	Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.
M	
0	Ich bin so entschlossfreudig wie immer.
1	Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
2	Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
3	Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.
N	
0	Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
1	Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.

2	Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen.
3	Ich finde mich hässlich.
0	Ich kann so gut arbeiten wie früher.
1	Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
2	Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
3	Ich bin unfähig zu arbeiten.
P	
0	Ich schlafe so gut wie sonst.
1	Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
2	Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
3	Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.
Q	
0	Ich ermüde nicht stärker als sonst.
1	Ich ermüde schneller als früher.
2	Fast alles ermüdet mich.
3	Ich bin zu müde, um etwas zu tun.
R	
0	Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
1	Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
2	Mein Appetit hat stark nachgelassen.
3	Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.
S	
0	Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
1	Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
2	Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
3	Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.
Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen.	
0 JA	0 NEIN
T	
0	Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
1	Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
2	Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
3	Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.
U	
0	Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
1	Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
2	Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
3	Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Sätzen, die jeweils eine Situation beschreiben. Bitte versuchen Sie, sich nun in die jeweilige Situation hineinzuversetzen und durch Ankreuzen auf der Skala anzugeben, wie Sie sich in der jeweiligen Situation fühlen würden. Es werden Situationen darunter sein, die Ihnen weniger unangenehm sind, andere werden in Ihnen ein sehr unangenehmes oder äußerst unangenehmes Gefühl hervorrufen, andere werden Sie vielleicht als weder angenehm noch unangenehm beurteilen. Bitte entscheiden Sie spontan und kreuzen Sie jeweils nur eine Stufe auf der Skala an.

	ziemlich angenehm	ein wenig angenehm	weder - noch	ein wenig unangenehm	ziemlich unangenehm	sehr unangenehm	äußerst unangenehm
1. Wie unangenehm wäre es ihnen, jemanden zur Rede zu stellen, der sich in einer Warteschlange vor Sie gedrängelt hat?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Wie unangenehm wäre es Ihnen, um Mitternacht allein auf einem Friedhof zu sein?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Wie unangenehm wäre es Ihnen, vor einem größeren Kreis einen Vortrag zu halten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Wie unangenehm wäre es Ihnen, bei einer Fortbildungsveranstaltung das Wort zu ergreifen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Wie unangenehm wäre (ist) es Ihnen, eine Infusion zu bekommen (an die Infusionsflasche angeschlossen zu werden)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Wie unangenehm ist es Ihnen, größere Verantwortung zu übernehmen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Sie fahren mit dem Wagen auf einer schmalen unbefestigten Passstraße entlang einer Schlucht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Wie unangenehm wäre (ist) es Ihnen, mit einem Patienten, der an einer ansteckenden Krankheit leidet, in einem Zimmer zu liegen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Sie stellen fest, dass andere sich über Sie lustig machen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Sie erhalten einen anonymen Brief, in dem Ihnen angedroht wird, dass Sie bei passender Gelegenheit zusammengeschlagen werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

11. Sie denken daran, dass Sie am nächsten Tag eine mündliche Prüfung ablegen müssen, die über Ihre zukünftige berufliche Position entscheidet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sie befinden sich in einer Gesellschaft und sollen eine kleine Tischrede halten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Wie unangenehm wäre (ist) es Ihnen, eine Bluttransfusion zu bekommen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Männer: Sie fordern eine Ihnen unbekannte Dame zum Tanzen auf und bekommen einen Korb. Frauen: Bei „Damenwahl“ fordern Sie einen Ihnen unbekannten Mann zum Tanzen auf und bekommen einen Korb.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Sie fühlen sich von jemandem in der Dunkelheit verfolgt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Sie gehen nachts allein eine abgelegene Straße entlang, auf der sich allerlei Gesindel herumtreibt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Sie sollen sich einem psychologischen Test unterziehen, der Aufschluss über Ihre Intelligenz gibt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. In einer abgelegenen Gegend durchqueren Sie nachts allein einen unbeleuchteten Tunnel.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Sie stellen fest, dass die meisten Teilnehmer einer Tagung Ihnen überlegen sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Wie unangenehm wäre es Ihnen, sich beim Kellner wegen schlechter Bedienung zu beschweren?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Im Folgenden finden Sie einige Feststellungen, denen Sie je nach Ihrer persönlichen Ansicht mehr oder weniger zustimmen können.

	<i>Ich stimme stark zu.</i>	<i>Ich stimme zu.</i>	<i>Ich stimme nicht zu.</i>	<i>Ich stimme überhaupt nicht zu.</i>
1. Meine Freunde respektieren mich.	☐	☐	☐	☐
2. Meine Familie kümmert sich sehr stark um mich.	☐	☐	☐	☐
3. Mein Partner respektiert mich nicht.	☐	☐	☐	☐

4. Ich bin nicht wichtig für andere Menschen.	☐	☐	☐	☐
5. Meine Familie achtet mich sehr.	☐	☐	☐	☐
6. Man kann mich gut leiden.	☐	☐	☐	☐
7. Mein Partner ist mir gegenüber sehr fürsorglich.	☐	☐	☐	☐
8. Auf meine Freunde kann ich mich verlassen.	☐	☐	☐	☐
9. Meine Familie bewundert mich wirklich.	☐	☐	☐	☐
10. Ich werde von anderen Menschen respektiert.	☐	☐	☐	☐
11. Ich werde von meiner Familie herzlich geliebt.	☐	☐	☐	☐
12. Meine Freunde kümmern sich nicht um mein Wohlergehen.	☐	☐	☐	☐
13. Meine Familie verlässt sich auf mich.	☐	☐	☐	☐
14. Ich fühle mich sehr geachtet.	☐	☐	☐	☐
15. Wenn ich Unterstützung brauche, kann ich mich auf meine Familie nicht verlassen.	☐	☐	☐	☐
16. Mein Partner achtet mich sehr.	☐	☐	☐	☐
17. Man bewundert mich.	☐	☐	☐	☐
18. Ich fühle mich meinen Freunden stark verbunden.	☐	☐	☐	☐
19. Meine Freunde kümmern sich um mich.	☐	☐	☐	☐
20. Ich fühle mich von anderen Menschen geschätzt.	☐	☐	☐	☐
21. Meine Familie respektiert mich wirklich.	☐	☐	☐	☐
22. Mein Partner bewundert mich.	☐	☐	☐	☐
23. Meine Freunde und ich, wir sind wichtig füreinander.	☐	☐	☐	☐
24. Ich fühle mich geborgen und gut aufgehoben.	☐	☐	☐	☐
25. Würde ich morgen sterben, würden mich nur wenige Menschen vermissen.	☐	☐	☐	☐
26. Mein Partner liebt mich innig.	☐	☐	☐	☐
27. Angehörigen meiner Familie fühle ich mich nicht nahe.	☐	☐	☐	☐
28. Meine Freunde und ich, wir haben einiges füreinander getan.	☐	☐	☐	☐

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

Die Fragebögen in den Selbsthilfegruppen beinhalten folgendes Titelblatt zu beiden Messzeitpunkten, sowie alle Erhebungsinstrumente, die in der Peerberatung zum zweiten Messzeitpunkt vorgelegt werden.

FRAGEBOGEN – SELBSTHILFEGRUPPEN

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre Daten **vertraulich** behandelt und nur im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie zur weiteren Verbesserung der Peerberatung und Selbsthilfe verwendet werden. Wir können **Anonymität gewährleisten**. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen ehrlich und spontan.

Code:

Alter:

Geschlecht:

☐ weiblich ☐ männlich

Familienstand:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ in einer Partnerschaft lebend

Höchste abgeschlossene Bildung:

☐ Pflichtschulabschluss ☐ Lehre ☐ Matura ☐ Hochschulabschluss

Beruf bzw. zuletzt ausgeübter Beruf:

Geschlecht der Leitung der Selbsthilfegruppe:

☐ weiblich ☐ männlich

Besuchen Sie derzeit eine Selbsthilfegruppe?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Wie lange befinden Sie sich bereits in der Selbsthilfegruppe?

Wie regelmäßig besuchen Sie die Selbsthilfegruppe?

fast immer	☐	☐	☐	☐	nie
-------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------------

Curriculum Vitae

Karin Dabernig

Studentin der Psychologie in Wien

geboren am 23.09.1985 in Villach

österreichische Staatsbürgerschaft

Ausbildung:

Seit SS 2005	Diplomstudium Psychologie an der Universität Wien Schwerpunkte: Klinische und Gesundheitspsychologie, Angewandte Kinder- und Jugendpsychologie Diplomarbeit im Bereich Sozialpsychologie
06/2004	Matura am BG/BRG Peraustraße in Villach
1996 – 2004	BG/BRG Peraustraße in Villach (humanistischer Zweig)

Berufserfahrung:

10/2010 bis heute	Life Lounge Mitarbeiterin der SUS (Selbsthilfeunterstützungsstelle) der WIG (Wiener Gesundheitsförderung)
11/ 2007 bis heute	Ehrenamtliche Tätigkeit als Sozialbegleiterin bei <i>pro mente</i> Wien
07/2009 – 08/2009	Praktikum an der 2. Psychiatrischen Abteilung des Psychiatrischen Zentrums des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe Otto Wagner Spital
07/2007	Praktikum bei <i>pro mente</i> Kärnten im Haus Landskron, einer sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft für Erwachsene mit psychischen und neurologischen Störungen und dem Schwerpunkt Angehörigenarbeit
07/2004 – 09/2004	Praktikum im Kinderheim der Evangelischen Stiftung de La Tour in Treffen in Kärnten