



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Peercoaching bei *pro mente* Wien

Verfasserin

Katarzyna Kwiatkowska-Chodnicka

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im August 2011

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Univ. - Prof. Dr. Werner Herkner

Danksagung

Vor allem möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Werner Herkner bedanken für die Annahme dieses Diplomarbeitsthemas und für die geduldige Betreuung, trotz vieler Hindernisse und Schwierigkeiten. Ein ganz großes Dankeschön für seine wertvollen Tipps und Anregungen sowie die guten Zusprüche als die Motivation zu sinken drohte, beziehungsweise als der Druck stieg.

Ich danke Herrn Dr. Rudolf P. Wagner, dem Geschäftsführer der *pro mente* Wien für die Ermöglichung von Durchführung der vorliegenden Studie.

Ebenfalls danke ich den MitarbeiterInnen des Selbsthilfebüros, die zwar am Anfang mit gewisser Skepsis, jedoch im Laufe der Monate mit großem Engagement mitgearbeitet haben. Besonders danke ich Herrn Gerhard Oberenzner, der Projektleiterin Frau Silvia Ballauf, Frau Michaela Hopfgartner, allen Peerberaterinnen und besonders Frau Rebekka Eberhart für ihre Hilfe.

Ich bedanke mich herzlich bei meinem Mann Jacek, der mit viel Geduld durch alle Jahre meines Studiums und die letzten Monate mich unterstützt hatte! Dank seinem Interessen und seiner beruhigenden Ausstrahlung habe ich in einigen kritischen Momenten die Arbeit an dieser Studie nicht aufgegeben.

Vielen Dank an meine Kollegin Karin, die in selber Zeit ihre Diplomarbeit über Selbsthilfe bei *pro mente* Wien geschrieben hat, für alle diese zusammen verbrachte Stunden an der Planung, Durchführung, sowie für einige Entlastungsgespräche.

Auch großes Dankeschön an meine Freundin Fanny Klang, die jederzeit mit Rat und Tat mir zur Seite stand und viele Nachtstunden für das Durchlesen geopfert hat, sowie an Gabi Frisch, die mich ständig in den schwierigen Entscheidungen zwischen „der“, „die“ und „das“ unterstützt hatte und auch einige andere Fehler korrigierte!

Danke!

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	6
I. Theoretischer Teil.....	7
Einleitung	8
Salutogenese	9
Kohärenzgefühl von Antonovsky	10
Empowerment	11
Theoretische Konstrukte, die mit Empowerment in Verbindung stehen	15
Erlernte Hilflosigkeit	15
„learned hopefulness“	15
Menschliche Ressourcen	16
Professionelle Hilfe bei Empowerment	16
Empowerment-Arbeit: Einsatz von Peers.....	17
Einstellung Professioneller HelferInnen zur Einbeziehung von Peers.....	20
Selbstwirksamkeit	23
Selbstwirksamkeit und Angst	23
Selbstwirksamkeit und Depression	24
Recovery	25
Resilienz	27
Empowerment versus Recovery?	27
Selbsthilfe und Peer Support.....	28
Soziale Unterstützung	28
Selbsthilfe.....	28
Peer-Support	30
Beratung.....	32
Peerberatung (Peer-Counseling)	33
Was können Peers anbieten?	35
Bisherige Studie zur Peerberatung	37
Peer-Projekte und Beschäftigung von Betroffenen	43
Einfluss der Arbeit auf die psychische Gesundheit	46
Positive Auswirkungen	46
Negative Auswirkungen	46
Burnout	46
Einfluss der Arbeitslosigkeit auf das psychische und physische Wohlbefinden.....	50
Physische Auswirkungen	50

Psychische Auswirkungen	51
Exklusion	52
Soziale Unterstützung	52
Vier Phasen der Verarbeitung von Arbeitslosigkeit	52
Psychische Belastung und Stress	54
Depressivität, Suizid	56
Arbeitsplatzunsicherheit	56
Störungsbilder	57
Angststörungen	58
Soziale Phobie	58
Panikstörung	58
Zwangsstörungen	59
Affektive Störungen	59
Major Depression	59
Dysthymie	60
Bipolare affektive Störung	60
Peerberatung bei <i>pro mente</i> Wien	61
<i>pro mente</i> Wien	61
Selbsthilfeorientierte Projektarbeit	62
„Peercoaching“	62
Themen des Peercoachings	63
Schulungen und Fortbildungen für PeerberaterInnen	64
Ziele der Peerberatung	64
Zielgruppe	65
II. Empirischer Teil	66
Methode und Planung der Untersuchung	67
Zielsetzung der Untersuchung	67
Durchführung der Untersuchung	67
Untersuchungsinstrumente	67
Fragestellungen und Hypothesen	70
Hypothesen	71
Statistische Auswertung	73
Beschreibung der Stichprobe	74
Deskriptivstatistik	75
Soziodemographische Merkmale	75

Alter.....	75
Geschlecht.....	76
Höchste abgeschlossenen Ausbildung.....	76
Familienstand	77
Beziehung.....	77
Beruf bzw. zuletzt ausgeübter Beruf	78
Einkommen	79
Erwerbsstatus.....	79
Fragestellung	79
Erwerbsstatus und Fragestellung	80
Inferenzstatistik.....	81
Testergebnisse	81
Dropout Analyse.....	94
Interpretation.....	98
Kritik und Ausblick.....	101
Kurze Zusammenfassung.....	101
Zusammenfassung.....	102
Literaturverzeichnis.....	105
Weitere Online–Quellen	115
Tabellenverzeichnis.....	116
Abbildungsverzeichnis.....	117
Anhang	118

Abstract

The aim of this study was to evaluate “Peercoaching” a peer intervention project for occupational problems/questions in the psychosocial Organization *pro mente* Wien. As known from other research, the counseling of peer lay individuals, who have same or similar experiences and characteristics, helped to peers in other subject area. It should be explored the impact of one-to-one face-to-face peer support on mental state, recovery-stress-balance, self-efficacy and satisfaction with their life goals and was assessed using questionnaire. 49 participants who had problems at work, who were unemployed, people, burnout, anxiety, depression and other mental diseases were counseled by a trained peer support partner from April 2010 till June 2011. The results showed very positive outcomes. Peer counseling for persons with such problems was helpful and shows an improvement in all scales. The main positive impact on the persons had a relationship (e.g. better self-efficacy, future expectation) and income above 1000 euro (also better self-efficacy, satisfaction with the life goals). There were no significant differences between people with different mental disease, school education, occupational group or age.

Key words: Peer counseling, Peer Support, occupational problems, unemployment.

I. Theoretischer Teil

Einleitung

Wenn von Selbsthilfe gesprochen wird, denkt man meistens an die eine oder andere Selbsthilfegruppe, an die Anonymen Alkoholiker oder auch an die uns vom Alltag bekannte gegenseitige Unterstützung außerhalb von Institutionen. Nicht professionelles Beraten finden wir oft im Alltag, in Gesprächen die wir mit uns vertrauten Personen führen. Der Austausch mit Familienmitgliedern, Freunden, Nachbarn oder Arbeitskollegen ist eine der Formen von sozialer Unterstützung durch die viele Probleme gelöst und auch manchmal Krisen abgefangen werden können. Es gibt aber Situationen in denen Freunde nicht weiter helfen können, beziehungsweise gibt es Themen über die man lieber mit unbekannten Personen sprechen möchte.

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit einer neuen Form der Hilfe für Menschen mit psychischen Störungen, nämlich der Peerberatung. Es ist ein Versuch einer effizienten Beratung, die in einem nicht professionellen Setting von einer/m selbst Betroffenen für andere Gleichgesinnte stattfindet. Macht das überhaupt Sinn? Können Personen mit psychischen Störungen anderen raten, können sie zu ExpertInnen werden, wenn sie selbst als bedürftig gelten? Meine Literaturrecherche ergab, dass die Unterstützung von Betroffenen eine sinnvolle Ergänzung zu der professionellen Behandlung ist (Boudin et al., 1999). Viele Personen die, die Peerberatung in Anspruch nahmen, gaben an, sie würden diese Hilfestellung weiter empfehlen (Rankin et al., 2004). Die Personen hingegen, die nur von dieser Möglichkeit gehört hatten, die zum Beispiel in einer Kontrollgruppe waren, hätten die Beratung gern genutzt. Die Selbsthilfegruppen gibt es bei pro mente Wien seit ca. 10 Jahren; die Peerberatung seit 2007. Die vorliegende Arbeit ist ein Versuch festzustellen, inwieweit die „versprochenen“ Effekte tatsächlich eintreten und ob die Ziele erreicht werden konnten. „Peercoaching“ ist für Menschen gedacht, die zum Beispiel Probleme am Arbeitsplatz haben, eine berufliche Veränderung vor sich haben oder mit der Arbeitslosigkeit und ihren Folgen kämpfen.

Eine sinnvolle Beschäftigung, die einen geregelten Tagesablauf und Zufriedenheit für das Leben bringt, kann zu einer Reduzierung der psychischen Symptome führen. Gibt es diese Tätigkeit nicht oder ist sie gefährdet, sinkt das Wohlbefinden. Eine Peerberatung, die im Fall von „Peercoaching“ maximal 5 Sitzungen beträgt, ist mit einer Beschäftigung nicht gleichzusetzen. Es stellt sich die weitere Frage, ob man auch in diesem Fall eine positive

Veränderung der psychischen Befindlichkeit oder Erholung erreichen und nachweisen kann. Diese Frage begleitete mich im letzten Jahr der Arbeit bei der Evaluation bei *pro mente* Wien. Ich hoffe, dass die Ergebnisse dieser Studie zu einer ausführlichen Beantwortung der Frage führen, die dann als ein objektiver Nachweis der Wirksamkeit gelten und auch der Qualitätssicherung dienen.

Salutogenese

Warum bleiben manche Menschen gesund, wenn so viele andere unter denselben Bedingungen krank werden? Diese Frage stellt sich Antonovsky (1996, S. 13) in seinem Salutogenese Modell. Er weist darauf hin, dass ein menschlicher Organismus ein großartiges System, ein Wunder mechanischer Organisation sei, der von Krankheitserregern attackiert werde. Krankheit gehört zum Leben jedes Menschen und deshalb sollte man sich auf die Zuschreibungen und Klassifikationen des Menschen in eine der beiden Kategorien: gesund oder krank, verzichten. Antonovsky nennt die Konzentration auf die Risikofaktoren und deren Vermeidung, sowie auf Symptome bestimmter Störungen eine Schwäche. Er glaubt, dass durch den Fokus auf eine Diagnose andere Aspekte übersehen werden, der Mensch nicht in seiner Komplexität wahrgenommen wird, wodurch auch die Gesundheitsförderung behindert werden kann. Um dem pathologischen Ansatz entgegenzuwirken, schlägt Antonovsky ein gegensätzliches Gesundheitskonzept eines Kontinuums vor. Jeder Mensch bewegt sich in seinem Leben innerhalb eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums und bis zu seinem Tod hat jeder Mensch einen gesunden Anteil in sich. So sollte er auch dort untersucht werden, wo er sich gerade auf dem Kontinuum befindet. Der Mensch bemüht sich, zur Gesundheit zu gelangen und die spannendste Frage ist die nach der Motivation, die ihn dazu bewegt.

Antonovsky vergleicht das Leben mit einem Fluss und fragt sich, wie man zu einem guten Schwimmer wird, um alle Stromschnellen und Strudel zu bewältigen, um sich dann später auf dem ruhigen Wasser bis zum nächsten gefährlichen Abschnitt treiben lassen zu können. Die Frage beantwortet er mit dem Kohärenzgefühl.

Kohärenzgefühl von Antonovsky

Der großartige Organismus des Menschen wird nicht nur durch Krankheitserreger beansprucht, sondern von unterschiedlichen, manchmal erfreulichen, manchmal dramatischen Lebenserfahrungen. Negative Erlebnisse und ihre Konsequenzen müssen nicht unbedingt nur etwas Schlimmes für den Menschen bedeuten. Sehr viel hängt von seiner Grundeinstellung ab, von Schutzfaktoren und Ressourcen. Die Stressoren sind im Leben immer präsent und negative Erfahrungen sind unvermeidbar, aber jede erfolgreiche Bewältigung stärkt im Menschen die generalisierten Widerstandsressourcen und trägt nach Antonovsky (1996) zu einem stärkeren Kohärenzgefühl (SOC - „Sense of Coherence“) bei. Das Kohärenzgefühl ist genau das, was die Menschen dazu motiviert, sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit zu bewegen. Es hat drei Komponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit.

Verstehbarkeit ist der Glaube an Sinnhaftigkeit und Strukturierbarkeit von Stimuli, sowie an Konsistenz und Erklärbarkeit von jetzigen Ereignissen, wie auch diejenigen, die in Zukunft auf einen zukommen können. Handhabbarkeit bedeutet, dass man glaubt, genügend brauchbare Ressourcen zu haben, die einem ermöglichen in unterschiedlichen schwierigen Situationen zu Recht zu kommen. Personen mit einer hohen Handhabbarkeit können mit negativen Ereignissen gut umgehen, werden nicht die Rolle eines Opfers annehmen, endlos trauern und sich der Ungerechtigkeit als hilflos gegenüberstehend empfinden. Die dritte Komponente, Bedeutsamkeit, spielt eine sehr wichtige Rolle, sie stellt nämlich den motivationalen Teil dar. Personen, die eine hohe Bedeutsamkeit haben, versuchen die Anforderungen des Lebens mit Engagement zu meistern, dazu müssen diese subjektiv gesehen bedeutsam sein. Sie engagieren sich in allen Prozessen, um mehr Verständnis zu erlangen.

Alle drei sind in gleichem Ausmaß für ein Kohärenzgefühl wichtig, weil sie alle stark miteinander zusammenhängen. Ist beispielsweise die Verstehbarkeit schwächer, werden die Handhabbarkeit und damit auch Bedeutsamkeit niedriger. Das Kohärenzgefühl ist kulturunabhängig und beinhaltet eine Mischung aus kognitiven, behavioralen und motivationalen Aspekten, was es von den anderen Konzepten wie zum Beispiel Selbstwirksamkeit, Selbstkontrolle oder Widerstandsfähigkeit unterscheidet. Die Stärke des SOC hängt von Erfahrungen der Konsistenz, Balance zwischen Unter- und Überforderung,

sowie von der Partizipation an Entscheidungsprozessen ab (Antonovsky, 1996). Die generalisierten Widerstandsressourcen, die eine entscheidende Rolle bei der Stressbewältigung spielen, bilden sich bereits im Kindesalter aus und können von den Bezugspersonen gefördert werden, besonders wenn diese selbst über ein hohes Kohärenzgefühl verfügen. Damit ist aber die Entwicklung des SOC nicht abgeschlossen. Jugendliche lernen später, dass es nicht nur ein einziges Lebensmuster gibt und dass die Welt und das Leben unvorhersehbar sind, was jedoch als eine konsistente Information erlebt werden kann. Antonovsky (1997) glaubt, dass man erst im jungen Erwachsenenalter, nachdem die bisherigen Erfahrungen bestätigt oder widerlegt wurden, von einem ausgebildeten SOC sprechen kann.

Allerdings ist sogar ein sehr starkes Kohärenzgefühl nicht mit Gesundheit gleichzusetzen. Sie sind aber stark miteinander verbunden, vor allem wird hier eine Einflussnahme auf die psychische Gesundheit bewirkt, wie Eriksson und Lindström (2006) nach einer Studie von 458 Journalartikeln feststellten. Weitere beeinflussende Faktoren sind Alter, soziale Unterstützung und Ausbildung. Bei einem niedrigen sozialen Status und schlechten sozialen Bedingungen ist eine schlechtere Prognose zu erwarten.

Antonovsky unterstreicht, dass nicht nur die Menschen selbst dafür verantwortlich sind, wie sie mit stressigen Situationen umgehen. Er weist darauf hin, dass es in der Hand der Gesellschaft liegt, solche Lebensbedingungen zu gestalten, die das Kohärenzgefühl stärken. „The Key lies in a society and in people who care about others“ (Eriksson & Lindström, 2006, S.379).

Empowerment

In einem anderen Ansatz postulieren Forscher auch eine andere Wahrnehmung von erkrankten oder beeinträchtigten Menschen. Sie versuchen die Aufmerksamkeit, weg von der Diagnose, auf die Ressourcen und Kräfte des Menschen zu lenken. Herriger (2006) schreibt von einer neuen Kultur des Helfens, in der es sich nicht um eine erzwungene Veränderung der Person nach bestimmten gesellschaftlich festgelegten Normen handeln soll, sondern um eine gleichgestellte Beziehung, in der der Professionalist und der/die Hilfesuchende sich auf Augenhöhe begegnen können.

Empowerment bedeutet einen Prozess, eine lebenslange Entwicklung von eigenen Kräften, um die Kontrolle über das eigene Leben zu erhalten oder neu gewinnen zu können. Es bedeutet so viel wie Selbstbefähigung oder Selbstermächtigung eines Menschen, einmal verlorene Fähigkeiten wieder erlangen zu können in einem Ausmaß, das er selber als zufriedenstellend definiert (Knuf, 2000). Es ist kein Prozess, der durch Fachleute eingeführt oder kontrolliert eingeübt werden kann. Laut Herriger (2006, S. 13) bedeutet Empowerment:

„(...) Entwicklungsprozesse in der Dimension der Zeit, in deren Verlauf Menschen die Kraft gewinnen, derer sie bedürfen, um ein nach eigenen Maßstäben buchstabiertes „besseres Leben“ zu leben“.

Deshalb soll in der psychosozialen Arbeit die klassische Rollenaufteilung ein wenig gemildert werden. In der Empowerment-Arbeit wird ein Umdenken in der institutionellen Betreuung angestrebt, sodass der Ratsuchende nur die nötige Unterstützung bekommt und die „Stärkung der Eigenen Macht“ sowie der Selbstverantwortung gefördert wird. Natürlich ist damit auch die Hoffnung einer Veränderung in der Psychiatrie verbunden (Knuf, 2000), wo der Patient genauso über seine Behandlung und Medikamente frei entscheiden können soll, wie es im Fall einer somatischen Erkrankung der Fall ist. Er soll gut über seine Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten informiert sein und das Recht haben mit einer Behandlung nicht einverstanden zu sein (Lauber & Rössler, 2004). Empowerment bedeutet eine ressourcenorientierte Arbeitsweise, die Einbeziehung der Umwelt und sozialer Unterstützung als einen der wichtigen Bestandteile der Behandlung.

Herriger (2006) vergleicht Empowerment mit einem Begriffsregal, gefüllt mit vielen Auswahlmöglichkeiten. Dadurch entsteht ein Freiraum für unterschiedliche Ansätze, Definitionen und Bedeutungsoffenheit. Laut dem Autor kann Empowerment politisch, lebensweltbezogen, reflexiv oder transitiv definiert werden.

Politische Definition:

Hier geht es um die politische ungleiche Machtverteilung und diese bildet den Kontext zu Bürgerrechtsbewegungen die zu einer sozialen Emanzipation führen können. Menschen, die sich in einer unterlegenen Position befinden, versuchen an politischen Entscheidungen teilzuhaben.

Lebensweltbezogene Definition:

Der Begriff „power“ kann auch im Sinne von Stärke, Durchsetzungskraft und Fähigkeiten verstanden werden. Diese Kompetenzen sollen im Alltag so eingesetzt werden, dass Menschen auf einer makropolitischen Ebene besser über ihr eigenes Leben entscheiden können.

„Reflexive“ Definition:

In diesem Fall geht es um die Eigeninitiative, die aktive Suche eigener Stärken und Ressourcen durch den Betroffenen selbst. Der Empowermentprozess wird von ihm selbst gesteuert und steht als Prozess der Bemächtigung in enger Verbindung zur Selbsthilfe (Stark, 1996, Herriger, 2006).

Transitive Definition:

Empowerment kann auch als die Unterstützung benachteiligter Personen oder Gruppen durch deren soziales Umfeld und durch psychosoziale professionelle HelferInnen verstanden werden (Herriger, 2006), damit sie wieder lernen sich auf die eigenen Ressourcen zu verlassen (Thunissen & Plaute, 2002). Stark (1996, S. 76 ff) gibt eine ähnliche Beschreibung:

Die gesellschaftliche Aufgabe besteht darin, solche sozialen Entscheidungen überhaupt zu ermöglichen und die dazu notwendigen Grundlagen zu sichern Empowerment beschreibt und initiiert spezifische Prozesse der Selbstorganisation und gegenseitigen Unterstützung, die über soziale Aktion implizit politisches Bewusstsein schärfen und eine kollektive Teilhabe an sozialen und politischen Entscheidungen jenseits parlamentarischer Strukturen ermöglichen.

Alle Definitionen versuchen einen Prozess zu beschreiben, indem es um die bestmögliche Entwicklung einer Individualität geht, die auf allen Ebenen ermutigt und unterstützt werden soll, nach von ihr selbst verstandenem Lebensglück und Gesundheit sowie von ihr definierten Zielen zu streben. Der Einzelne soll in seiner Teilhabe an der Gesellschaft bestärkt werden und diese Verantwortung soll ihm nicht abgenommen werden, da davon

ausgegangen wird, dass jeder Mensch unabhängig von seiner Situation und seinem Gesundheitszustand anderen Menschen etwas geben können will. Er möchte seine noch vorhandenen Fähigkeiten nutzen, um ein wichtiger Teil der Bevölkerung, der Gemeinde, des Freundeskreises zu bleiben. Empowerment bedeutet eine andere Betrachtungsweise, die um Destigmatisierung bemüht ist, sieht Menschen mit psychischen Störungen als aktiv nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten Suchende und nicht nur passiv auf die Hilfe von außen Wartende (Lauber & Rössler, 2004). Es wird nicht mehr nach Mängeln und Barrieren gesucht, sondern nach Möglichkeiten und Fähigkeiten und Schutzfaktoren. Diese ressourcenorientierte Betrachtungsweise stärkt auch das Selbstbewusstsein und die Motivation sich weiter in Richtung Selbstbefähigung zu entwickeln, den eigenen Defiziten und den damit verbundenen Einschränkungen weniger Beachtung zu schenken und gibt die Kraft, trotz des Bewusstseins persönlicher Schwächen auch seine Fähigkeiten zu erkennen und auf seine Bedürfnisse zu achten (Stark, 1996).

Im Alltag beginnt der Empowermentprozess mit der Wahrnehmung von eigenen Stärken, mit einem Durchbrechen von Routine und der Entdeckung etwas bewirken zu können. Eine zentrale Bedeutung wird dem Vertrauen in die eigenen Kompetenzen zugeschrieben, die dann unter unterschiedlichen Bedingungen und in unterschiedlichen Lebenslagen eingeübt und angewandt werden können. Alle neu erworbenen und ausprobierten Fähigkeiten und Fertigkeiten werden mit der Zeit zur Routine. Wenn die Betroffenen eine Gruppe von Gleichgesinnten finden, in der sie ihre Ängste und Probleme besprechen, ihre Kompetenzen austesten und ihre Erfolge feiern können, wird die Entwicklung eines Zusammengehörigkeitsgefühl und - damit zusammenhängend – eines Gefühls der Stärke gefördert.

Deswegen machen auch sozialen Netze einen wichtigen Anteil des Empowerments aus, dessen Prozesse auf einer gegenseitigen Unterstützung beruhen. Diese können sowohl als Ressourcenquelle für Informationen und deren Austausch, als auch als soziale Unterstützung eine wichtige Rolle in der psychosozialen Arbeit spielen. Die sozialen Interaktionen, die im Alltag ständig stattfinden, werden in ihrer Bedeutung für Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen oft unterschätzt. Man muss auch auf die Grenzen des Empowerments achten, die sind auf jeden Fall dort, wo sich Personen in einer starken Krise befinden, oder ihre Lebenssituation problematisch ist und einen Leidensdruck erzeugt.

Theoretische Konstrukte, die mit Empowerment in Verbindung stehen

Erlernte Hilflosigkeit

Negative Erfahrungen können oft von Menschen nicht beeinflusst werden. Wiederholen sich die negativen Situationen, kann sich die Überzeugung entwickeln, dass man überhaupt keinen Einfluss mehr hat darauf, was einem passiert. Man verfällt in einen Zustand der erlernten Hilflosigkeit. Sie beeinträchtigt die Lernfähigkeit, den Glauben die Geschehnisse im Alltag zu beeinflussen und das eigene Leben kontrollieren zu können. Die Zukunft wird eher negativ gesehen und die Motivation etwas gegen den negativen Zustand zu unternehmen sinkt (Seligman, 1995).

Menschen mit psychischen Störungen glauben nicht mehr ihre Gesundheit beeinflussen zu können. Sie erwarten weitere Krisen und Belastungen in ihrem Leben. Die Folgen dieser Einstellung können schwerwiegend werden. Viele Betroffene fühlen sich dem Gesundheitssystem ausgeliefert, sie warten zum Beispiel passiv auf Veränderungen durch Medikamente und somit ist die Gefahr einer Chronifizierung sehr groß. Das Ziel von Empowermentarbeit ist dieser Überzeugung und Demoralisierung entgegenzuwirken und den Glauben in eigene Kräfte und Handlungsmöglichkeiten zurückzugewinnen (Knuf, 2000).

„learned hopefulness“

Zimmerman (1990) ist überzeugt, dass man nicht nur Hilflosigkeit „lernen“ kann, sondern durch unterschiedliche Erfahrungen positiver Erlebnisse die Kontrolle über bestimmte Handlungen oder Verhaltensweisen sich alternativ auch eine Hoffnungs-„Erwartung“, eine „learned hopefulness“ einüben lässt. Wenn man nach bereits gemeisterten Schwierigkeiten erkennt, dass man auch in anderen Situationen auf ähnliche Art und Weise mit Problemen und Stress umgehen kann und sich auf die positiven Ergebnisse des eigenen Verhaltens konzentriert, festigt man bei sich die Überzeugung von Kontrollbewusstsein und Kontrollhabe.

Die wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben hat mehrere Dimensionen und kann daher auch zu unterschiedlichen Konsequenzen führen. Es ist folglich sehr wichtig, die Wahrnehmung auf die richtigen Aspekte zu richten und darum geht es auch im Empowerment. Die Betroffenen können das im Rahmen von Selbsthilfegruppen oder anderen Bewegungen, in denen sie sich aktiv engagieren und wo sie mit anderen Menschen

interagieren, auf Wechselseitigkeit beruhende Beziehungen eingehen und soziale Interaktionen „üben“ können. Zimmerman (1990) zeigte, dass diejenigen Institutionen, die ihre KlientInnen zu eigenständigen Treffen von Entscheidungen und der Übernahme von Verantwortung ermutigen, bessere Grundlagen für psychologisches Empowerment und damit eine Verringerung der Isolation, des Gefühls der Machtlosigkeit und des „Abnormseins“ erzielen können.

Die Theorie baut auf dem Konstrukt der Selbstwirksamkeit auf, setzt aber im Gegensatz zu dieser „Learned Hopefulness“ voraus, dass Betroffene nicht nur in einer Therapie etwas in ihrem Leben verändern und lernen können, sondern, dass sie mit genügend Ermutigung und Unterstützung selbst viel bewirken können (Zimmerman, 1990).

Menschliche Ressourcen

Wissenschaftler im Bereich persönliche Stärken und Ressourcen kamen zu dem Schluss, dass die Arbeit mit Ressourcen-Checklisten keine gute Ergebnisse zeigte, unter anderem aus dem Grund, dass Ressourcen sehr unterschiedlich und relativ gesehen werden und damit auch ihre Zahl fast unendlich sein könnte. Sie schlagen stattdessen eine „offene Einladung zur Selbstreflexion“ vor (Herriger, 2006, S. 93), in der die Betroffenen die Möglichkeit haben selbst darüber zu entscheiden, was sie für sich als Ressource definieren (Herriger, 2006).

Der ressourcenorientierte Ansatz bedeutet lange nicht mehr, dass die Betroffenen bestimmte Kräfte in sich tragen, die mit der Zeit zur Selbstheilung führen werden. Es ist jedoch wichtig, den Menschen, die die Kontrolle über ihr Leben und ihren Alltag verloren haben, die von den Gefühlen der Ohnmacht und Hilflosigkeit erfüllt sind, einen Raum zu geben, in dem sie sich ihre Stärken neu zunutze machen können und (wieder) lernen, sich selbst zu organisieren (Herriger, 2006). Die bestehenden Ressourcen sollen erhalten und gesichert werden.

Professionelle Hilfe bei Empowerment

Professionelle Hilfe im Sinne von Empowerment soll sich für die Förderung der Weiterentwicklungsprozesse einsetzen, beziehungsweise die entstehenden Behinderungen möglichst reduzieren. Bereits im Jahr 1996 ortet Stark einen Bedarf der Hinterfragung gängiger professioneller Haltungen, Ziele und Methoden professionellen Handelns. Er weist darauf hin, dass sich im Empowermentansatz die typischen Rollenzuweisungen so verändern

müssen, dass die KlientInnen von den ExpertInnen nur die nötige Hilfe und Unterstützung bekommen, die sie anstößt und dazu befähigt, die Verantwortung für die Gesundheit und die Kontrolle darüber zu übernehmen. Ein Problem, mit dem KlientInnen „ankommen“, kann sich – auch beim besten Willen des professionellen Helfers oder des Angehörigen – nicht in das Anliegen des Helfers verwandeln, obwohl es genau aus diesem Grund oft zu Interessenkonflikten kommt. Der Helfende soll nicht primär auf ihm institutionell zur Verfügung gestellte Interventionen, zum Beispiel nur bestimmte Therapiemethoden, zurückgreifen, sondern immer den Bedürfnissen der Hilfesuchenden die Priorität einzuräumen, was auch Compliance der Professionellen genannt wird (Utschakowski, Sielaff & Bock, 2009). Wichtig sei laut Knuf (2009) Geduld, die Würdigung kleiner Schritte sowie die Fähigkeit, Krisen nicht als Katastrophen zu verstehen, um den KlientInnen Hoffnung zu machen und ihnen Zuversicht zu geben, das heißt wiederum, die Aufmerksamkeit der Betroffenen stärker auf deren Ressourcen zu lenken. Eine der Aufgaben der Professionisten liegt darin, die sozialen Kontakte der KlientInnen allgemein zu fördern und sie bei der Suche nach Gleichgesinnten zu unterstützen.

Empowerment-Arbeit: Einsatz von Peers

Die jahrelange Arbeit in den Betroffenenbewegungen, wo sich Peers für eine menschlichere und nutzerorientierte psychiatrische Arbeit einsetzten, führte mit der Zeit zur Entstehung der Konzepte Empowerment und Recovery, die ihre Anwendung in der Praxis finden sollten. PatientInnen berichten oft, dass sie von Professionellen nicht richtig verstanden werden, es fehlt generell an der Zeit - besonders für Themen des Alltags und der Freizeitaktivitäten (Lauber & Rössler, 2004).

Im Jahr 1991 entstand in Großbritannien eine Patienten-Charta und 1992 die sogenannten „Local Voices“. In diesen Statements wurden Patientenrechte zusammengefasst, die dazu beitrugen, dass mehr auf die Bedürfnisse und das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten geachtet wurde. Erst im Jahr 2001 allerdings wurden im „Social Care Act“ alle Institutionen des Gesundheitswesens aufgefordert, die PatientInnen in die Planung und Evaluation, sowie in die Entscheidungen über ihre Behandlung einzubeziehen (Tait & Lester, 2005).

Die Peer-to-Peer Arbeit war zwar allgemein schon länger bekannt, was sich aber in den letzten Jahren entwickelt hat, ist die Anerkennung des Bedarfs an erfahrenen Beratern und die Investition in eine geeignete Ausbildung für diese (Knuf, 2009). In Institutionen, in denen

die ausgebildeten Peers mit professionellen HelferInnen zusammenarbeiten sollen, ist jedoch eine gute Vorbereitung für beide Seiten nötig, damit sie sich auf einer guten partnerschaftlichen Ebene begegnen und sich gegenseitig ergänzen können.

Die Peers sollten darüber hinaus für ihre Arbeit entsprechend bezahlt und nicht nur dann eingesetzt werden, wenn es um Kostenreduzierung geht. Es werden auch bereits bezahlte Selbsthilfeberater eingestellt, wobei die Finanzierung dieser Projekte große Schwierigkeiten bereitet, deswegen arbeiten die Peers meistens ehrenamtlich und oft wird die Rolle der Peers nicht exakt definiert (Utschakowski, 2009). Immer noch werden Peers als eine günstigere Variante gesehen und obwohl ihr Einsatz bereits belegt wurde, werden sie nur dann genutzt wenn zu wenige Ressourcen zur Verfügung stehen, um zum Beispiel eine professionelle Betreuung zu gewährleisten (Colella & King, 2004). Knuf (2009) beschreibt eine „Herunterqualifizierung“ in der psychiatrischen Versorgung, die derzeit in Deutschland stattfindet, wo die gut qualifizierten, dafür aber teuren MitarbeiterInnen durch „preiswertere“ mit niedrigerer Qualifikation ersetzt werden, was zu einem Missbrauch dieser Arbeitskräfte führen kann. Betroffene WissenschaftlerInnen haben Schwierigkeiten bei der Jobsuche und sie müssen öfter ihre Karriere wegen Krankenhausaufenthalten unterbrechen. Obwohl ihre Arbeit geschätzt wird, werden sie immer noch mit Diskriminierung und Stigmatisierung konfrontiert, außerdem wird ihnen aufgrund ihrer psychischen Störung jede Kompetenz oder sogar die Fähigkeit zum rationalen Denken abgesprochen (Rose, Fleischmann, Tonkiss, Campbell & Wykes, 2002). Es wäre sehr wichtig, die Unterschiede abzubauen, die Betroffenen zu motivieren, sich weiterzubilden und sie darin bestärken, dass sie tatsächlich viel können. Es sollte auch viel mehr „collaborative studies“ geben, in denen Menschen mit psychischen Störungen oder ehemalige Betroffene als ein wesentlicher Teil eines Projekts mitwirken können (Rose, 2003).

Deswegen müssen sich ausgebildete Peers ihrer Kompetenzen, Fähigkeiten und ihrer Möglichkeiten sicher sein und die an sie durch Professionisten gestellten Erwartungen kennen, um ihre Position schützen zu können. Sie bieten auch den Institutionen, in denen sie arbeiten, eine Chance von ihrem besonderen Wissen und ihrer Erfahrung zu profitieren, damit die Angebote noch besser an die KlientInnen angepasst sein können. (Rose et al., 2002, Siegelberg, 2009). Die Peers sollten in Institutionen gut integriert sein, trotzdem ist es für sie wichtig, sich mit anderen qualifizierten Betroffenen über ihre Erfahrungen

austauschen zu können. Was für viele Betroffene eine Herausforderung sein kann, die nicht unterschätzt werden sollte, ist die administrative Arbeit, die jede/r MitarbeiterIn täglich erledigen muss. Dazu zählen auch Teambesprechungen, die Planung von Zielen, sowie zahlreiche Anforderungen und Aufgaben, Dokumentation, Reflexion der eigenen Erfahrungen, sowie Stress und Konflikte, die bei der Arbeit mit anderen Menschen nicht auszuschließen sind etc. (Spiegelberg, 2009). Herriger (2006, S. 163) schreibt dazu: "Die Implementation des Empowerment-Konzeptes in den Arbeitsalltag eines sozialen Dienstes [...] ist nicht ohne Folgen: sie produziert signifikante organisatorische Ungleichgewichte und erfordert deutliche Verläufe, Kooperationen, Entscheidungsprozesse und Arbeitsplatzgestaltungen." Das heißt, die Organisationsentwicklung muss großgeschrieben werden, ein Umbau vieler organisatorischer Strukturen, der Teamkultur und Organisationsidentität sowie eine Kompetenzerweiterung und organisatorisches Lernen sind nötig.

Allerdings muss berücksichtigt werden, dass Peers einen anderen Zugang, oft andere Erfahrungen haben und sie ihre Prioritäten anders als Professionisten setzen. Trait und Lester (2005) listen konkrete positive Beispiele der Einbeziehung von Peers in Großbritannien auf, die sich in Praxis bewährten:

- Einbeziehung in Forschungsprojekte. Vor allem als Interviewer, damit sich die Betroffenen gut verstanden fühlen und dadurch auch zu offenen und ehrlichen Antworten bereit sind.
- Mitbestimmungsrecht bei Auswahlverfahren für neue MitarbeiterInnen.
- Die Arbeit im Team als „support, time and recovery“-MitarbeiterInnen.

Tait und Lester (2005) stellten aufgrund von Erfahrung aus der Literatur bekannte Vorteile sowie Schwierigkeiten fest, die die Zusammenarbeit mit Peers mit sich bringen. Vor allem sind die Betroffenen die Experten, was ihre psychische Störung sowie die Behandlung, die ihnen hilft und die Pflege, die sie benötigen, anbelangt. Außerdem können Peers zum besseren Verständnis von psychischen Störungen beitragen und damit eine Tür zu neuen Behandlungsmöglichkeiten öffnen. Für die Betroffenen selbst erweist sich das Engagement auch positiv, indem es therapeutische Anteile mit sich bringt und zur sozialen Inklusion führt. Zu den Problemen zählen die Autorinnen, dass die Betroffenen wenige Informationen zu ihren Störungen, Behandlungsmöglichkeiten, Medikamenten etc. besitzen. Institutionen, die

Peers beschäftigen möchten, müssen mit zusätzlichem finanziellen und zeitlichen Aufwand rechnen. Ein immer wieder von Professionisten angesprochenes Thema ist außerdem die Repräsentativität der Betroffenen. Sie sind der Ansicht, dass die Betroffenen, die sich in Institutionen engagieren, sich deutlich von „normalen“ KlientInnen unterscheiden.

Einstellung Professioneller HelferInnen zur Einbeziehung von Peers

Professionelle HelferInnen äußern sehr ambivalente Meinungen bezüglich der Zusammenarbeit mit Betroffenen. Viele von ihnen befürchten, dass der Einsatz von geschulten Peers für sie ungünstige Veränderungen mit sich bringen könnte. Teilweise stehen sie dem Einsatz von Peers eher unterkühlt und misstrauisch gegenüber und sehen darin mehr eine Sparmaßnahme als eine gezielte Intervention (Amering & Schmolke, 2007). Erste Studien, die gemeinsam mit ausgebildeten Betroffenen durchgeführt wurden, betrafen somatische Erkrankungen wie HIV, AIDS oder Alzheimer-Krankheit, erst später durften Forscher mit einer psychischen Diagnose in der Psychiatrie forschen und publizieren. Laut Rose (2003) wurden diese Studien lange Zeit von WissenschaftlerInnen nicht akzeptiert und auch nicht publiziert, so entstand sog. graue Literatur. Heute sind niedergeschriebene Erfahrungen und wissenschaftliche Artikel erwünscht und immer öfter gesucht.

Amering und Schmolke (2007) berichten von einer guten Zusammenarbeit zwischen den Betroffenen und professionellen HelferInnen besonders in England, wo es diesbezüglich entsprechende politische Regelungen gibt. In anderen Berichten wiederum sind die Urteile zwiespältig. Dort wird etwa gefordert, dass die Betroffenen in die Planung, Durchführung und Evaluation mit einbezogen werden sollen. Rutter, Manley, Weaver, Crawford & Fulop (2004) schreiben von einer Verpflichtung der Institutionen zu mehr Offenheit und vermehrten Einbeziehung der Peers in ihre Entscheidungen. Andererseits gibt auch positive Äußerungen, vor allem von LeiterInnen größerer Institutionen in England, die der Überzeugung sind, dass diese eine Bereicherung seien und zur Qualitätssicherung der Angebote beitragen können. Sie wollen die Betroffenen nicht als Partner anerkennen, sondern die Möglichkeit haben, sie um einen Rat bitten zu können. Ihre Entscheidungen wollen sie allerdings selbstständig treffen. Es taucht immer wieder die Frage auf, ob die Betroffenen auch die Verantwortung für die Entscheidungen übernehmen würden, wenn etwas passiert und negative Konsequenzen drohen würden. Krankenschwestern waren eher ambivalent und unsicher in der Beurteilung des Einsatzes von Peers, manche ärgerte bereits

die Idee, mit PatientInnen zu arbeiten (Rutter, et al., 2004). Rutter und ihre KollegInnen (2004) befragten sowohl die MitarbeiterInnen von Institutionen als auch die KlientInnen zum Thema Einbeziehung von Peers und sie stießen dabei auf teilweise ganz konträre Sichtweisen der zwei Gruppen. Die MitarbeiterInnen konzentrierten sich mehr auf die Rahmenbedingungen der Mitarbeit und Anstellung, wobei manche als eines der Probleme angaben, dass die Betroffenen nicht auf der Sachebene bleiben können und inadäquate emotionale Reaktionen zeigen würden. Im Gegensatz dazu fokussierten sich die Peers nicht auf die möglichen Veränderungen in den Angeboten der Institutionen, sondern auf persönlichen negativen Erlebnissen und Erfahrungen und verlangten eine allgemeine Verbesserung der Stellung der Betroffenen. Es gibt auch Berichte, dass hochqualifizierte MitarbeiterInnen, die unter psychischen Störungen leiden, nicht nach ihren Kompetenzen geschätzt und entsprechend bezahlt werden, besonders, wenn sie bereit sind an Studien als PatientInnen teilzunehmen (Rose, 2003). Die Betroffenen beklagten sich auch über wenig Möglichkeiten und Macht um Veränderungen zu initiieren (Rutter et al., 2004).

Die Akzeptanz der Betroffenen als ExpertInnen bereitet immer noch Probleme bei den professionellen HelferInnen, trotz der Bereitschaft die Peers zu unterstützen. Ihr Erfahrungswissen wird in wissenschaftlichen Projekten genutzt jedoch oft nicht bezahlt, sie werden nicht in Teams aufgenommen. Als Gegenleistung wird ihnen oft Psychotherapie angeboten. Es ist schwer zu akzeptieren, dass Menschen, die hilfsbedürftig waren und damit nicht kompetent, eine andere Rolle annehmen können, nämlich die Rolle der kompetenten HelferInnen (Rose et al., 2002).

Es wird oft die Frage gestellt, ob die KlientInnen, die sich für die Qualitätssicherung der Angebote und die Interessen der anderen einsetzen, tatsächlich die Meinung und die Kritik aller oder der meisten KlientInnen repräsentieren. KlientenvertreterInnen müssen Personen sein, die bereit sind, an verschiedenen Sitzungen aktiv teilzunehmen, sich einzubringen und fähig sein, sich durchzusetzen. Dies sind genau Eigenschaften, die laut der Mehrheit der professionellen HelferInnen nicht den „durchschnittlichen“ bedürftigen psychisch kranken Menschen kennzeichnen (Amering & Schmolke, 2007). Die Befragten von Rutter und KollegInnen (2004) bestätigten, dass sich die KlientenvertreterInnen so stark von den meisten KlientInnen unterscheiden, als würden sie eher die Interessen der Institutionsleitung und nicht den Betroffenen selbst vertreten. Auch Tait und Laster (2005, S.

172) bezweifeln die Repräsentativität der einzelnen Betroffenen, die sich für ihre Leidensgenossen einsetzten und beschreiben sie als „too well“, „too articulate“ oder „too vocal“.

Die Einstellung professioneller HelferInnen in Österreich zur Einbeziehung der Peers wurde im Jahr 2008 von Sibitz, Swoboda, Schrank, Priebe und Amering untersucht. Sie befragten MitarbeiterInnen von psychosozialen Beratungsstellen, Wohnheimen sowie Tagesstätten und arbeitsrehabilitativen Einrichtungen in der Steiermark und in Niederösterreich. An der Befragung nahmen PsychiaterInnen, PsychologInnen und SozialarbeiterInnen teil. Eine zusätzliche Gruppe setzte sich aus MitarbeiterInnen anderer psychosozialer Berufe zusammen, die in direktem Kontakt mit KlientInnen stehen. Die Einstellung der professionellen HelferInnen zur Einbeziehung von Betroffenen war zum größten Teil positiv, die AutorInnen weisen jedoch auf mögliche Effekte der sozialen Erwünschtheit hin. Viele wünschen sich sogar ausdrücklich die Zusammenarbeit mit den Betroffenen und einige glauben, dass sich durch deren Mitwirkung die politische und gesellschaftliche Akzeptanz für Menschen mit psychischen Störungen erhöhen könnte. Sie sollten allerdings laut den befragten Professionellen nicht bei Einstellungen von neuen MitarbeiterInnen mitentscheiden. Gegen eine Einbeziehung könnte eine erhöhte Belastung der Betroffenen durch die Aufgaben sprechen, die zu einer Verschlechterung ihrer Symptome und zu vermehrten Konflikten führen könnte.

Gefragt, ob die Betroffenen gerne mitarbeiten würden, meinten PsychiaterInnen und SozialarbeiterInnen, dass die meisten das nicht wollen würden, die PsychologInnen glaubten, dass es an am Fehlen von Motivation liegen würde und die anderen Berufsgruppen schätzten, dass die Betroffenen zu wenig Fertigkeiten hätten.

In dieser Studie stellte sich heraus, dass die PatientInnen kaum über ihre Rechte aufgeklärt werden. Sie werden nicht zu Weiterbildungsseminaren eingeladen und dann darüber hinaus wird ihnen auch mangelndes Wissen und Kompetenz vorgeworfen, die notwendig für die Einbeziehung in die Organisationsstrukturen und Entscheidungen wären (Sibitz et al., 2008).

Selbstwirksamkeit

Im Empowermentkonzept wird von Selbstbefähigung gesprochen. Alle Menschen wollen sich sicher fühlen und das ist nur dann möglich, wenn sie glauben, eine gewisse Kontrolle über und Einfluss auf ihr Leben zu haben. Ein Konzept der sozial-kognitiven Theorie von Albert Bandura (1997), die Selbstwirksamkeit beschreibt, vertritt genau diese Überzeugung, dass eine Person imstande ist, aus eigenen Kräften eine bestimmte Situation, in der sie sich gerade befindet, zu beeinflussen. Es ist viel wichtiger, zu glauben etwas machen zu können, als, ob man die Situation tatsächlich meistert. Der Glaube an die eigenen Möglichkeiten beeinflusst sowohl die Motivation, als auch die Stimmung. Menschen bevorzugen Situationen, die ihnen Befriedigung geben und ihren Selbstwert erhöhen. Solange sie jedoch nicht an eigene Selbstwirksamkeit glauben, versuchen sie nicht einmal, etwas zu bewirken. Bandura (1997, S. 7) meint, dass man diese Fähigkeit trainieren kann und schreibt:

*Given the same environmental conditions, people who have the ability
to exercise many options and are adept at regulating their own
motivation and behavior will have greater freedom to make things
happen than will those who have limited means of personal agency!*

Selbstwirksamkeit ist nicht nur das Wissen, was zu tun ist, welche Handlungen man setzen muss, um Ziele zu erreichen, sondern die Überzeugung, eigene Fähigkeiten miteinander zu kombinieren und nutzen zu können, was man durch verschiedene Erfahrungen im Leben lernt. Sind die Erfahrungen negativ, können Personen mit niedriger Selbstwirksamkeitserwartung schwierige Aufgaben als Bedrohung erleben und sie vermeiden. Fehler werden von ihnen als situationsbedingt interpretiert. Allerdings weist Bandura (1997) drauf hin, dass Selbstwirksamkeit nicht stabil ist und von verschiedenen Faktoren positiv oder negativ beeinflusst wird. Also steht sie in einem Zusammenhang mit psychischer Gesundheit.

Selbstwirksamkeit und Angst

Nach Bandura (1997) vermeiden Personen mit einer geringen Selbstwirksamkeit bestimmte Situationen, wenn sie befürchten, in diesen Situationen versagen zu können. Sie glauben, vor allem unter unerwarteten oder ungewohnten Verhältnissen, kein adäquates Verhalten an den Tag legen beziehungsweise keine entsprechende Leistung erbringen zu können. Deshalb

ist es bei der Behandlung von Angststörungen sehr wichtig, die Selbstwirksamkeit zu stärken (Bandura, 1997).

Selbstwirksamkeit und Depression

Ähnlich wie bei Angststörungen spielt auch bei Depressionen die Selbstwirksamkeitserwartung eine wichtige Rolle. Bandura (1997) ist überzeugt, dass Menschen, die depressive Symptome entwickeln, viele negative Erfahrungen bezüglich ihrer Kompetenzen machten und den Glauben an ihre eigene Kräfte und Fähigkeiten verloren haben. Sie sehen auch keine Möglichkeit, dem Gefühl der Hilflosigkeit entgegenzuwirken. Eine depressive Stimmung hat auch Einfluss auf die Wahrnehmung und Einschätzung der Erlebnisse. Maciejewski, Prigerson und Mazure (2000) untersuchten in einer Längsschnittstudie fast 3000 Personen, um die Zusammenhänge zwischen Selbstwirksamkeit, Life Events (belastende Ereignisse) und depressiven Symptomen zu erkunden. Die ProbandInnen wurden in zwei Stichproben eingeteilt, die die bereits einmal eine depressive Episode erlebt hatten und die anderen, die bisher noch keine gehabt hatten. Dabei stellten sie fest, dass Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeit in beiden Stichproben weniger oder weniger stark ausgeprägte depressive Symptome aufwiesen. Zum zweiten Untersuchungszeitpunkt wurde eine schwächere Selbstwirksamkeit bei Personen gefunden, die am Anfang der Studie schwerere depressive Symptome gezeigt hatten. Nur bei ihnen wurde ein stärker negativer Einfluss von „Life Events“ auf die depressive Symptome und Selbstwirksamkeit bestätigt.

Unter den Personen, die in beiden Stichproben eine starke Selbstwirksamkeit zeigten, wurden nach ein paar Jahren die depressiven Symptome milder als bei jenen, die eine schwache Ausprägung dieser Eigenschaft hatten. Dieses Ergebnis lässt laut AutorInnen vermuten, dass die Bemühungen, die Kontrolle über das eigene Leben aufzubauen und zu erhalten, zu einer Resistenz gegen depressive Symptome beitragen können.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass Personen, die in ihrem Leben von belastenden Ereignissen betroffen waren, in eine Negativ-Spirale fallen können. Diese Lebensereignisse können zu einem Trigger für eine Depression werden - vor allem bei Menschen mit niedriger Selbstwirksamkeit. Gleichzeitig macht sie das vulnerabel für weitere „Life Events“, die auch die Selbstwirksamkeit negativ beeinflussen, das heißt wieder den Ausbruch einer depressiven Episode erleichtern. Depression beeinflusst auch die Vulnerabilität bezüglich

belastender Lebensereignisse und der Kreis schließt sich, indem diese die Trigger einer Depression werden. „Life Events“, niedrige Selbstwirksamkeit und Depression hängen stark miteinander zusammen (Maciejewski et al., 2000).

Die Beeinflussung der Hilflosigkeit und Stärkung der Selbstwirksamkeit stellen die Hauptaufgaben des Empowermentsprozesses dar. Dabei geht es auch um die Lenkung der Aufmerksamkeit auf die Ressourcen, Schutzfaktoren und dadurch die Förderung der Gesundheitsprozesse. Wie es auch in dem vorgestellten Konzept von Antonovsky ersichtlich ist, muss Gesundheit nicht vollkommen sein, da sich jede/r in dem Kontinuum zwischen gesund und krank befindet und kann, soll sogar, darum kämpfen ihre/seine Position zu verbessern. Die Bewegung in Richtung Gesundheitspol muss nicht unbedingt die Reduzierung der Symptome bedeuten, es geht auch um die Auseinandersetzung mit der psychischen Störung und deren Akzeptanz (Knuf, 2004). Es sollen also im Rahmen der Empowermentarbeit die Recoveryprozesse in Gang gesetzt werden.

Recovery

Amering und Schmolke (2007, S. 11) definieren „Recovery als Entwicklung aus den Beschränkungen der Patientenrolle hin zu einem selbstbestimmten sinnerfüllten Leben (...)“. Andreas Knuf (2009, S. 33) schreibt von „Genesung“ oder „Wiedererlangung von Gesundheit“. Das Wesentliche im Recovery-Prozess ist sowohl die Erhaltung beziehungsweise der Aufbau von Widerstandskräften, um in den Schwierigkeiten des Alltags handlungsfähig zu sein, als auch der Energieaufbau, um gegen die Demoralisierung anzukämpfen zu können, damit man als PatientIn zufrieden sein/ihr Leben führen kann (Amering & Schmolke, 2007). Es geht auch nicht darum, um jeden Preis die Symptome zu bekämpfen oder eine Genesung gemäß bestimmter Definitionen zu erreichen, sondern für jede/n Betroffenen trotz seiner/ihrer Symptome eine gute Lebensqualität zu erzielen - auch wenn der/diejenige einmal als „unheilbar“ oder „chronisch krank“ diagnostiziert wurde (Knuf, 2009). Amering und Schmolke (2007) betonen, dass man nicht nur dann einem Menschen helfen kann, wenn die Ursache seines Leidens psychosozial ist und bei biologischen Ursachen nichts zu verändern ist. Natürlich kann niemand die genetischen Grundlagen verändern, aber nicht nur diese genetischen Faktoren, sondern ihre Einstellungen haben einen Einfluss auf unser Leben und das Wohlbefinden. Die

Voraussetzung für eine solche Veränderung wäre allerdings, dass sowohl die professionellen HelferInnen, die Betroffenen selbst, als auch ihre Angehörige an diese glauben müssten. Als die als „chronisch psychisch krank“ bezeichneten Betroffenen gesund geworden waren, wurden sie zu den ersten Vertretern der Recovery. Sie konnten sich mit ihrer Diagnose nicht abfinden und schlossen sich zusammen, um auf ihre Meinung aufmerksam zu machen. Die Bewegung wurde in vielen Ländern aktiv, wie zum Beispiel in Neuseeland, Kanada, Schottland oder einzelnen Staaten der USA (Knuf, 2009).

Es stellt sich die Frage, wer Gesundheit und Krankheit definiert und wie. Die zwei Begriffe könnten als Gegenpole betrachtet werden. Wenn man gesund ist, trifft auf einen die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation zu (WHO, 1946), die besagt: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ Der Definition zufolge müsste man alle Menschen als krank klassifizieren, da es fast unmöglich ist, einen solchen Zustand länger aufrechtzuhalten (Knuf, 2009).

Die Klassifizierung eines Menschen als gesund oder krank ist sehr an statistischen Normen orientiert, die weiterhin stark von den gesellschaftlichen Normen abhängen (Franke, 2006) und mit bestimmten Grenzwerten von Expertengremien festgelegt werden, somit liegt also auch die endgültige Entscheidung, ob man als gesund oder krank eingestuft wird, in den Händen der Professionellen (Franke, 2006). Diese Gegenüberstellung von Gesundheit und Krankheit wird im Recovery-Ansatz - sowie auch in Salutogenese - angezweifelt (Knuf, 2009). Es ist nicht möglich, immer und zu hundert Prozent gesund oder krank zu sein. Jeder, also auch die gesündesten Menschen, kennen bessere und schlechtere Tage oder längere Phasen, in denen man sich unwohl oder auch krank fühlt. Recovery Orientierung heißt deswegen eine „veränderte Gewichtung von Erkrankung und Genesung“ (Bock, 2009, S. 27).

Für Recovery ist nach Knuf (2004) Selbsthilfearbeit von zentraler Bedeutung. Hier bekommt auch Peer Support eine besondere Rolle zugeschrieben. Selbsthilfeförderung gehört zu den Aufgaben der professionellen HelferInnen, was aber nicht das Anbieten von weiteren Angeboten bedeutet, sondern die Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der eigenen Aktivität und bei der Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit.

Resilienz

Entwicklung und Stärkung der Resilienz gehören zu den Zielen des Recovery. Diese Widerstandskraft kann ein Ansporn für den Genesungsprozess sein und wird als die Fähigkeit verstanden, die es ermöglicht, nach Krisen und schwierigen Lebenssituationen sich zu erholen und von neuen Ressourcen zu profitieren. Amering und Schmolke (2007) belegen, anhand von zahlreichen analysierten Forschungsergebnissen, dass die Entwicklung von Resilienz bereits im Säuglingsalter beginnt und sich im Laufe des Lebens verändern wird.

Der Recoveryprozess setzt sich aus vielen Bestandteilen zusammen und er unterliegt einer multifaktoriellen Beeinflussung. Resnick, Fontana, Lehner und Rosenheck (2004) untersuchten schizophrene PatientInnen, um herauszufinden, welche Faktoren Recovery am besten beschreiben und versuchten dann, ein Messinstrument zur Erfassung von Recovery zu erstellen. Sie fanden vier Faktoren, wobei Empowerment dabei die größte Bedeutung zugeschrieben wurde. Es steht also in einem sehr engen Zusammenhang mit Recovery. Außerdem nannten die AutorInnen noch Hoffnung und Optimismus für die Zukunft, Zufriedenheit mit der Lebensqualität und die Überzeugung genügend Wissen über eigene Krankheit und mögliche Behandlungsmethoden zu besitzen.

Empowerment versus Recovery?

Empowerment und Recovery stehen in einer engen Beziehung zueinander, obwohl sie so unterschiedliche Aspekte beschreiben, sind beide im Kontext der Selbsthilfe, Peer-Arbeit und Ressourcenorientierter Arbeit unentbehrlich. Damit die Wiederherstellung der Gesundheit, im Sinne von Recovery, möglich ist, müssen Betroffene an ihre eigenen Stärken glauben, sich selbstwirksam und mächtig bezüglich der eigenen Erkrankung fühlen, was nichts anderes als Empowerment bedeutet. Es darf nicht vergessen werden, dass die empfundene Gesundheit sehr subjektiv eingeschätzt und wahrgenommen wird. Die Aufgabe der professionellen HelferInnen wird auch in der Förderung von Empowerment gesehen, damit der Recoveryprozess gut verlaufen kann (Amering & Schmolke, 2007). Dazu können die Betroffenen selbst einen Beitrag leisten, indem sie als Lehrende in Weiterbildungsprogrammen für Professionisten arbeiten oder als SupervisorInnen mit ihrem Wissen und ihrer Recovery-Erfahrung zur Verfügung stehen (Amering, 2009).

Selbsthilfe und Peer Support

Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung spielt, unabhängig von Alter, Geschlecht, Glaube, sozialem Status etc., eine wichtige Rolle für jedermann. Menschen unterstützen sich gegenseitig in der Familie oder im Freundes- und Bekanntenkreis und das passiert so oft im Alltag, dass es manchmal vergessen oder unterschätzt wird. In vielen Situationen beziehungsweise Ereignissen im Leben, erfreulichen ebenso wie auch schwierigen, greift man gerne auf verschiedene Formen der Unterstützung zurück. In zahlreichen Studien finden sich Beweise dafür, dass während einer somatischen oder psychischen Erkrankung die soziale Unterstützung eine positive, oft entlastende Wirkung auf die Menschen haben kann. Sie beeinflusst die Befindlichkeit und die Compliance der PatientInnen, somit den Verlauf der Behandlung und eventuell einer Rehabilitation.

Die sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten oder sie aufzubauen ist für Menschen mit psychischen Störungen und in psychischen Krisen besonders schwer. Mit der Dauer einer belastenden Situation ziehen sich oft mehr oder weniger bewusst von ihren Freunden und Angehörigen zurück und leben mit der Zeit in Isolation. Ein gutes Beispiel dafür stellt der weiter beschriebene Verlauf von Arbeitslosigkeit dar (siehe S. 49), der eine gravierende Veränderung im Leben bewirkt und als eine Krise erlebt werden kann. Allerdings sind viele der psychisch Kranken generell nicht in Berufsleben integriert. Einen wichtigen Beitrag zum Aufbau von sozialen Kontakten leistet die auf breiter Basis verstandene Selbsthilfe. Durch die Unterstützung und Hilfe in vielen Lebensbereichen, durch Wertschätzung und Vermittlung von Akzeptanz sowie das Motivieren zur Selbstbefähigung in einer Gruppe oder einem sozialen Netzwerk kann viel gelernt und ausprobiert werden, was dann die Hindernisse im Alltag geringer erscheinen lässt (Runte, Prins und Machleidt, 2004). Im Lauf des Empowermentprozesses entstand das Bedürfnis nach einer regulären eins-zu-eins-Beratung.

Selbsthilfe

Laut Runte et. al. (2004) bedeutet Selbsthilfe alles, was man als Betroffener aus Eigeninitiative für sich selbst tun kann, und zwar alles, was man selbst für nötig hält und für die Besserung seines Zustandes als zuträglich erachtet.

Die ersten Gruppen entstanden in 70er Jahren für Kriegsveteranen mit Körperbehinderten und Anonyme Alkoholiker. Die Bewegung verbreitete sich dann auf andere Bereiche unter anderem für Menschen mit psychischen Störungen und deren Angehörigen. Zur Selbsthilfe gehört auch die Bewegung, die gegen die Maßnahmen in der Psychiatrie gerichtet war und ist, die den Patienten in ihrer Selbstständigkeit und Selbstbestimmung einschränken oder gehindert haben, sowie gegen die Ausgrenzung aus der Gesellschaft. In einer Selbsthilfegruppe finden Menschen die Möglichkeit über ihre Probleme offen zu reden mit anderen Betroffenen, die in hohem Maße dieselben Erfahrungen gemacht haben. Die Selbsthilfe endet jedoch nicht in einer Institution, in einer Gruppe, sondern soll ein Ansporn zum weiteren Ausbau des sozialen Netzwerkes sein, um sich gegenseitig im Leben zu unterstützen oder gemeinsam andere Aktivitäten, wie zum Beispiel Freizeitgestaltung unternehmen zu können. Bei organisierten Gruppen könnte Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Therapieform oder anderer Behandlung gegeben sein.

Im Jahr 1989 in Hamburg der Trialog, ein Zusammentreffen von Psychoseerfahrenen, Angehörigen und ExpertInnen, die sich gegenseitig als respektvolle Gesprächspartner akzeptierten, um voneinander lernen zu können, im Rahmen von heute so genannten „Experienced Involvement“ EX-IN. Daraus entwickelten sich regelmäßige Fortbildungsseminare, an derer die Betroffenen sowohl als Lehrende als auch als Lernende teilnahmen. Das Ziel war hier keine Therapie, sondern eine „gleichberechtigte Begegnung“ mit Respekt für subjektive Wahrnehmung und unterschiedliche Bedürfnisse der Gesprächspartner um dann einen Beitrag in der Behandlung, Öffentlichkeit- und Antistigmaarbeit zu leisten (Bock, 2009). Mit der Zeit entstanden weiteren Projekte für unterschiedliche Berufsgruppen, um mehr Verständnis für Menschen mit psychischen Störungen in der Gesellschaft zu schaffen. In den EX-IN Seminaren wurde zu einem EU-Projekt und dadurch könnten geplant und qualifiziert alle Themen besprochen werden, die die TeilnehmerInnen bewegten.

Runte und KollegInnen (2004) deuten darauf hin, dass an die Grenzen der Selbsthilfe nicht vergessen werden darf. Es ist keine neue Therapieform und nur bedingt als Ersatz für eine psychiatrische Versorgung gedacht sein kann.

Peer-Support

Eine Form von Hilfe und Ausdruck der sozialen Unterstützung stellt Peer-Support, das heißt „Unterstützung durch Gleiche“, dar. Besonders wichtig ist hier die Ähnlichkeit der Erfahrung von den zwei interagierenden Personen. Peer-Support kann damit eine mehr offene und ganz informelle Möglichkeit eines Austauschs darstellen, wie es unter PatientInnen in einem Krankenhaus oft zu beobachten ist, wo die PatientInnen die länger oder zum wiederholten Mal auf einer Station sind, die Neuen informieren. Eine mehr strukturierte oder eine formelle Form könnte eine Selbsthilfegruppe oder Peerberatung darstellen (Utschakowski, 2009).

Diese Form des Peer- Supports wird von Utschakowski (2009, S. 14) wie folgt definiert:

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 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.

Peer-Support existiert in unterschiedlichen Formen. Es kann zum Beispiel in Gemeinschaftsräumen einer Klinik stattfinden oder auch privat. In den letzten Jahren kommen immer mehr elektronische Medien zum Einsatz. Es gibt bereits Studien die über den Einfluss einer Unterstützung per Telefon oder Internet berichten. Zahlreiche Foren, Plattformen und Seiten, wo man die Informationen nachlesen kann, stellen einen barrierefreien Zugang, gewährleisten Anonymität und geben die Möglichkeit Kontakte zu knüpfen.

Kaplan, Salzer, Solomon, Brusilovskiy und Cousounis (2011) weisen darauf hin, dass nicht jede Form des Online-Supports positive Konsequenzen hat. Sie untersuchten den Einfluss von nicht moderierter, unstrukturierter Unterstützungsform im Internet auf das Wohlbefinden von Menschen mit psychischen Störungen. Alle Versuchspersonen befanden sich in einer ambulanten Betreuung und sollten den Peer-Support als ein zusätzliches Angebot nutzen um sich mit anderen TeilnehmerInnen austauschen zu können. Die Ergebnisse waren enttäuschend für die Autorinnen. Es wurden keine Verbesserungen bei den TeilnehmerInnen gefunden, sie beklagten den Mangel an Kontakten mit Peers und es fehlte auch ein Moderator als Kontaktperson. Nach einer Untersuchung von unterschiedlichen Formen von Peer Support für KrebspatientInnen wie eine Beratung im Einzelsetting „face to face“, Eins-zu-Eins-Beratung am Telefon, eine Selbsthilfegruppe, eine Gruppe die sich telefonisch unterstützt oder durch das Internet, wurde festgestellt, dass die beste Unterstützungsmethode eine direkte „face to face“ Beratung oder aber auch eine Unterstützung von einer organisierten Internetgruppe ist (Hoey, Ieropoli, White & Jefford, 2008).

Besonders in Krankenhäusern auf psychiatrischen Stationen erleben Menschen mit psychischen Störungen Diskriminierung, Stigmatisierung und Entmutigung. Deshalb ist es vor allem hier wichtig rasch mit anderen PatientInnen in Kontakt zu treten, eine Vertrauensperson oder Gruppe zu finden.

Utschakowski (2009) nennt drei wichtige Aspekte, die für den Erfolg und die Entwicklung von Peer-Support notwendig sein. Erstens: das Erfahrungswissen der eigenen Inhalte und Methoden, die jedoch noch nicht untersucht worden sind. Zweitens: die Betroffenen, die anderen beraten sollen, müssen unter Supervision stehen, damit sie ihre Erfahrungen, durchdacht und geordnet, in der Beratung dann verwenden können. Drittens: soll die Rolle und Aufgaben der PeerberaterInnen beschrieben werden.

Rankin, Williams, Davis und Girgis (2004) untersuchten 544 Frauen, die eine Brustkrebsdiagnose bekamen. Von 63 Prozent der Patientinnen, die an einem Unterstützungsprogramm „Breast Cancer Support Service“ nicht teilnahmen, 43 Prozent begründeten es mit einer ausreichenden Unterstützung von ihrer Familien und Freunden.

Trotzdem über die Hälfte von den Frauen, die über das Projekt nicht informiert wurden, würde gern dieses Service in Anspruch nehmen.

Beratung

Fast jeder hat einmal in seinem Leben eine Beratung in Anspruch genommen. Manche brauchen eine Steuerberatung oder Schuldnerberatung, die anderen eine Gesundheitsberatung, Suchtberatung, Erziehungsberatung etc. In jeder Branche gibt es KundenberaterInnen und unterschiedliche Formen der Beratung und in jeder Form dieser Beratung lässt man sich von einem Menschen beraten, die/der als ExperteIn in seinem Fach angesehen wird.

Beratung kann man nach Sickendiek, Engel und Nestmann (2002; S. 13) definieren als:

[...] zunächst eine Interaktion zwischen zumindest zwei Beteiligten, bei der die beratende(n) Person(en) die Ratsuchende(n) – mit Einsatz von kommunikativen Mitteln- dabei unterstützen, in Bezug auf eine Frage oder auf ein Problem mehr Wissen, Orientierung oder Lösungskompetenz zu gewinnen.

Menschen suchen eine professionelle Beratung, wenn sie ihre Ressourcen besser nutzen, ausweiten oder auch einschätzen wollen und wenn ihre Ressourcen fehlen beziehungsweise verloren gehen. Es gibt KlientInnen, die eine Beratung in Anspruch nehmen, weil sie sich genaue Anweisungen und fertige Lösungen für ihre Probleme erwarten. Die Aufgabe der BeraterInnen besteht jedoch darin, die vorhandenen Ressourcen gemeinsam mit dem/der Klienten/in zu finden, sowie die Möglichkeiten derer Einsetzung bei der Lösung des Problems zu prüfen. Andere wünschen sich keine Ratschläge, da sie bereits wissen welche Alternativen ihnen zur Verfügung stehen. Trotzdem brauchen sie Unterstützung bei der Entscheidung, möchten die Problemlage mit jemandem besprechen, die Möglichkeiten ihm darstellen, andere Sichtweise von einer Person mit anderem Wissen und Erfahrungen kennenlernen (Sickendiek et al., 2002). Beratung kann verstanden werden als:

„Hilfe und Unterstützung

- *bei der Orientierung in Anforderungssituationen und Problemlagen,*
- *bei der Entscheidung über anzustrebende Ziele und Wege,*

- *bei der Planung von Handlungsschritten zur Erreichung der Ziele,*
- *bei der Umsetzung und Realisierung der Planung*
- *bei und bei der Reflexion ausgeführter Handlungsschritte und Vorgehensweisen.“ (Sieckendiek et al. 2002, s. 15).*

Eine Beratung bedeutet nicht nur das Vermitteln von Informationen, es gibt viele Faktoren außer der verbalen Ebene, die einen Einfluss auf den Beratungsprozess haben. Unter anderem spielt die nichtverbale Kommunikation eine große Rolle. Durch Mimik, Körperhaltung und Bewegungen vermitteln Personen ihre Einstellung zueinander. BeraterInnen und KlientInnen betrachten sich gegenseitig und interpretieren die mehr oder weniger bewusst gesendeten Signale auf unterschiedliche Art und Weise. Hier sind auch von Bedeutung die benutzte Sprache, der Ton, die Pausen beim Sprechen etc. (Sieckendiek et al., 2002).

Obwohl eine Beratung im psychosozialen Bereich leichter zugänglich und viel weniger stigmatisierend als eine andere Form von Behandlung oder Psychotherapie ist, wird sie trotzdem mit Scham und Stigmatisierung verbunden. Dementsprechend ist die Hemmschwelle um so eine Beratung in Anspruch zu nehmen relativ hoch. Außerdem wird mit der Dauer einer psychischen Störung und mit einem oder wiederholten Krankenhausaufenthalten eine Neigung verbunden, sich selbst auszugrenzen oder sogar sich selbst zu stigmatisieren. De Col, Seewald und Meise (2004) nennen mögliche Folgen der Stigmatisierung, wie Selbstwertminderung, ablehnen einer Behandlung oder jeglicher Hilfe, verminderte Compliance und damit verbundene schlechte Prognose. Es kann einem Ratsuchenden leichter fallen sich zuerst bei einem Selbstbetroffenen zu informieren, was man tun könnte und was man vermeiden sollte etc. Solch ein niederschwelliges Angebot stellt die Peerberatung dar.

Peerberatung (Peer-Counseling)

Erste Peerberatungen gab es in Amerika unter Behinderten, dann wurde das Konzept auch in Europa angewendet. The New Lexicon Webster's Encyclopedic Dictionary (Cayne, 1988, S.740) definiert „peer“ als: „(...) someone having the same status in rank, age, ability, etc. as another.“

In neuen Situationen haben viele Menschen das Bedürfnis andere zu fragen, was passieren oder auf sie zukommen könnte. Sie wollen von den Erfahrungen anderer profitieren. Menschen mit psychischen Störungen und besonders jene, die zum ersten Mal in einer Einrichtung behandelt werden müssen, sind sehr froh von anderen Betroffenen Unterstützung zu bekommen (Utschakowski, 2009). Genau diese Unterstützung soll die Peerberatung anbieten, sowie die ersten geläufigen Fragen beantworten um Ängste zu reduzieren und die Bereitschaft für die nötige professionelle Hilfe zu fördern.

Peerberatung unterscheidet sich von der herkömmlichen Beratung dadurch, dass der Berater das Wissen aus eigener Erfahrung schöpfen soll, so dass die Beratung von mehr Gegenseitigkeit gekennzeichnet ist. Die Gleichheit und Gegenseitigkeit der Beziehung wird manchmal verletzt, wenn der Beratende eine zu starke Position annimmt (Utschakowski, 2009). Ein anderes größeres Problem stellt jedoch oft der Mangel der nötigen professionellen Distanz zwischen den Betroffenen in einer Beratungssituation dar (Stark, 1996). Eine herkömmliche Beratung bedeutet jedoch keinen Austausch zwischen den GesprächspartnerInnen, sondern ein/e BeraterIn unterstützt einen Klienten mit allen ihr/ihm zur Verfügung stehenden Informationen. Die von Peers durchgeführten Beratungen in psychiatrischen Einrichtungen, vor allem im Rahmen von einem professionellen Peer-Support, können zu Interessen- und Loyalitätskonflikten führen. Es wird ihnen auch vorgeworfen, dass sie oft die Methoden und Angebote der Einrichtungen stark kritisieren.

Themen, die in einer Peerberatung am häufigsten angesprochen werden sind die gemeinsamen Erfahrungen, die in unterschiedlichen Bereichen variieren. Im psychosozialen Kontext werden die Abläufe in den Institutionen besprochen, sowie Nebenwirkungen von bestimmten Medikamenten, Diagnosen und mögliche Behandlungsalternativen, etc.

Die Peerberatung (Peer-Counseling) bedeutet vor allem eine Informationsvermittlung und einen Erfahrungsaustausch, sie bringt emotionale Entlastung mit sich. Die Betroffenen sollen lernen wahrzunehmen und zu unterscheiden was ihre Wünsche und Bedürfnisse und was die gesellschaftlichen Anforderungen sind, um mit in diesem Zusammenhang, entstehenden Konfliktsituationen, auch handeln zu können. Ein weiterer Aspekt ist eine aktive Suche nach (bereits erwähnten) Ressourcen als Handlungskompetenzen, was den Betroffenen

ermöglichen soll, das Leben mit ihren Schwächen und Mängeln zu akzeptieren (Sieckendiek et al., 2002).

Laut Sherman, Sanders und Yearde (1998) sollten PeerberaterInnen ihren KlientInnen bezüglich Lebenserfahrungen, Herkunft, Glaube, Geschlecht, Hautfarbe und Ausbildung – soweit möglich im Bezug auf all diese Faktoren gleichzeitig – ähnlich sein. Im besten Fall sollten sie in der Nachbarschaft oder in gleichen Wohnbedingungen leben oder sich gerade in selber Lebenssituation befinden. Eine PeerberaterIn soll eine vieljährige Erfahrung im Umgang mit eigener Störung, aber auch gewisse Erfahrungen gesammelt im Rahmen eines Praktikums mit anderen betroffenen Menschen.

Was können Peers anbieten?

Die Betroffene können in Peers einen Menschen finden zu dem sie schnell Vertrauen haben können, da sie ähnliche oder auch dieselbe negative Erfahrungen machten, trotzdem haben die Krisen überwunden. Sie haben auch professionelle Hilfe in Anspruch nehmen müssen, sie haben sich einer Therapie unterzogen und es geht ihnen so viel besser, dass sie im Stande sind eine Beratung zu übernehmen. In einer Studie von Sells, Davidson, Jewell, Falzer und Rowe (2006), die im klinischen Bereich durchgeführt worden ist, wurden 137 Personen interviewt und mit einem Fragebogen befragt. Es wurde der Einsatz von Peers als Berater im Vergleich zu einer herkömmlichen Behandlung zu untersucht. Die Betroffenen, die in dem Projekt arbeiten sollten, hatten dieselben psychischen Störungen wie die Stichprobe der späteren Studie. Es waren Großteils Personen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und mit affektiven Störungen. Sie bekamen ein gründliches Training zur Umgang mit ihren Erfahrungen, Recovery, Vermittlung der Hoffnung sowie Supervision und Vorträge zur Gestaltung eines freundlichen Kontaktes, Ethische Regeln und Grenzen ihrer Tätigkeit.

Bereits nach den ersten 6 Monaten wurden die Unterschiede zwischen den von Peers durchgeführten Interventionen und der herkömmlichen Betreuung ersichtlich. Die Anzahl von Beratungen stieg bei Peerberatern und sank in der Kontrollgruppe. Die ProbandInnen fühlten sich von Peers besser verstanden, gemocht und akzeptiert. Allerdings konnte nach 12 Monaten keine Unterschiede mehr festgestellt werden. Dieses vermittelte Verständnis, Sympathie und Aufbau einer guten Beziehung durch PeerberaterInnen spielt eine wichtige Rolle in den ersten Monaten einer Behandlung. Es scheint auch entscheidend für die

Motivation für die Fortsetzung der Therapie für die nächsten 12 Monaten zu sein. Peers können auch schnell in Kontakt treten und das Vertrauen von Personen erobern, die sonst selten oder gar nicht die Angebote des Gesundheitssystems nutzen, weil sie selbst mit derselben Art von Betreuung und Therapie Erfahrungen gemacht hatten (Sells et al., 2006). Utschakowski (2009, S. 17) bezeichnet die Unterstützung von Betroffenen für Betroffene als „lebensnah, lösungsorientiert und nicht stigmatisierend“ und damit können sie auch Menschen mit psychischen Störungen ansprechen, die sonst schwer erreichbar sind, weil sie bereits schlechte Erfahrungen gesammelt haben oder nicht zutrauen sich an einen Professionalisten zu wenden.

Wenn die Peerberater selber Medikamente nehmen müssen oder mussten und eine positive Einstellung dazu äußern, können sie die Compliance der KlientInnen erhöhen und die Aufmerksamkeit auf die Vorteile der Medikation lenken. In einem Eins-zu-eins-Gespräch sind die KlientInnen schneller bereit auch ganz persönliche Fragen zu stellen oder überhaupt jemanden um Rat bitten (Rummel-Kluge, Stiegler-Kotzor, Schwarz, Hansen und Kissling, 2008).

Die ExpertInnen durch Erfahrung werden oft von den beratenen Personen als authentisch und empathisch beschrieben. Sie können in einfacher Sprache vieles erklären und den KlientInnen Hoffnung vermitteln. Die Peers haben ein vollkommenes Verständnis für die Gefühle des Betroffenen und können sich im Gespräch auf diesen sowie auf den Erlebnissen und nicht auf den Symptomen konzentrieren. Die Unterschiede im sozialen Status zwischen den Betroffenen und ÄrztInnen oder anderen professionellen HelferInnen können zu groß sein, damit sich die Hilfesuchenden verstanden fühlen. Die Mehrheit der Bedürftigen im Gegensatz zu ihren professionellen HelferInnen sind Frauen und sozial schwache Personen. Peers können durch ihren anderen Zugang mehr empathischer sein, was jedoch zu Abgrenzungsproblemen führen kann. Durch die Erfahrungen und Erlebnisse werden sie beim objektiven Berichten darüber verhindert (Rose et al., 2002).

Die Hilfe von Peers kann nach Dennis (2003) durch unmittelbare, Puffer- und vermittelnde Effekte erklärt werden. Der unmittelbare Einfluss kann als soziale Integration verstanden werden. Die soziale Isolation und damit zusammenhängende depressive Symptome können durch vermehrte soziale Kontakte reduziert werden. Peers sind eine zuverlässige

Informationsquelle und sie können die Betroffenen dazu motivieren, ihr Gesundheitsverhalten und psychologisches Wohlbefinden zu verändern. Die Pufferfunktion gibt die Möglichkeit neue Lösungsstrategien zu lernen, alte nicht effektive Verhaltensmuster zu hinterfragen, sowie die sozialen Vergleichsprozesse ein bisschen zu mildern. Mit den vermittelnden Effekten einer Peerberatung wird die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung verstanden. Peers können in den Gesprächen die KlientInnen dazu motivieren sich bestimmte Erfolgssituationen zumindest vorzustellen, was dazu beiträgt, dass die Betroffenen sich auch besser vorstellen können in solchen oder ähnlichen Situationen selbst tatsächlich erfolgreich zu werden (Sherman et al., 1998).

Nicht nur die KlientInnen aber auch die Peerberater profitieren von der Beratung anderer Menschen. Durch die Interaktion steigt ihr Selbstwert und sie können die, auf dem Weg erworbenen Fähigkeiten, unter Anderem soziale Kompetenzen in anderen Bereichen ihres Lebens auch anwenden (Abu-Rasain & Williams, 1999, Rose et al., 2002). Die Betroffenen verlieren natürlich an ihrer Lebensqualität, erleben Leid und sind oft verzweifelt, wissen nicht wie es weiter gehen soll. Jedoch sie haben auch einen Gewinn, eine besondere Sensibilität, die man nicht sonst irgendwo und einfach lernen kann (Bock, 2009).

Bisherige Studie zur Peerberatung

In einer Pilotstudie evaluierten Rummel-Kluge und ihre KollegInnen (2008) Peerberatungen - „patients consult patients“ - für Menschen mit Schizophrenie in einem Krankenhaus, wofür jedoch nur ein Peerberater eingesetzt wurde, weswegen die Ergebnisse nur bedingt generalisiert werden können. Alle PatientInnen erhielten eine herkömmliche Behandlung, tägliche Treffen mit ihren Ärzten und anderen Beratern aus dem psychosozialen Bereich, außerdem hatten sie die Möglichkeit, unterschiedliche Therapien in Anspruch zu nehmen.

Der Peerberater hatte seit 20 Jahren Schizophrenie, zur Zeit der Studie war er in einer stabilen Phase und hatte eine positive Einstellung zu seiner Behandlung. Er hatte großes Wissen sowohl über die Erkrankung, als auch über mögliche Behandlungsmethoden und beschäftigte sich bereits seit vier Jahren mit der Beratung für andere Betroffene (Psychoedukation). Für das Projekt wurde in Zusammenarbeit mit einem professionellen Team ein Konzept vorbereitet, bei schwierigen Fragen oder nach Bedarf konnte er die KlientInnen jederzeit an die KollegInnen verweisen. Der Peerberater sollte Fragen beantworten, über seine eigenen Erfahrungen mit der Erkrankung und der Behandlung

berichten, sowie die Betroffenen unterstützen. Er wurde für seine Arbeit bezahlt. Um die Qualitätssicherung zu gewährleisten, wurde jede Beratung supervisiert, so konnten einerseits die Fragen und Probleme der KlientInnen, andererseits die Ratschläge und Interventionen des Beraters besprochen werden. In der Studie wurden 88 Beratungen untersucht. Die PatientInnen suchten entweder selber die Peerberatung auf (31%) oder sie wurde ihnen von ihren BetreuerInnen empfohlen. Die Beurteilung erfolgte anhand von Fragebogen für PatientInnen, sowie Selbstevaluierung vonseiten des Beraters.

Die am häufigsten in der Peerberatung besprochenen Themen waren: Symptome der Schizophrenie, Berufsausbildung, Medikamente und ihre Nebenwirkungen sowie Drogen, der Umgang mit der Erkrankung und mit depressiven Symptomen, Familien, Partner und Freundeskreis (Rummel-Kluge et al., 2008).

Der Peerberater selbst meinte 20% der Fragen vollständig beantwortet zu haben, 65% teilweise und 15% der Fragen gar nicht beantworten zu können. Er schickte 28% der PatientInnen mit ihren Fragestellungen zu anderen TeamkollegInnen. Er schätzte, dass zu 64% war die Beratung erfolgreich und zu 5% nicht hilfreich gewesen wäre. Bei den restlichen 31% konnte er nicht sagen, ob sie geholfen habe. Sein Supervisor konnte bestätigen, dass er die meisten Fragen richtig beantwortet hatte.

Fast alle PatientInnen, die die Peerberatung in Anspruch nahmen, würden sie auf jeden Fall weiter empfehlen, nur 4% würden es „möglicherweise“ tun. Am besten bewerteten die PatientInnen bezüglich der Beratung das Verständnis und Vertrauen vonseiten des Beraters, seine Ratschläge, seine Offenheit und seine aktives Zuhören sowie Informationen zur Schizophrenie und zu Medikamenten.

Anhand in dieser Studie gesammelter Erfahrungen und deren Ergebnisse weisen die Autoren darauf hin, dass die Peerberater sehr genau ausgewählt werden sollten, um potentiellen Risiken und eventuellem Schaden für die KlientInnen vorzubeugen. Sie sollten sich in einer stabilen Phase der psychischen Störung beziehungsweise auf dem Weg der Genesung sein, sowie unter regelmäßiger Supervision, damit sicher sein kann, dass sie bewusst und nur nach bestem Gewissen beraten. Darüber hinaus benötigen sie ein sehr detailliertes Wissen über ihre psychische Störung und ihre Behandlungsmöglichkeiten und sollen eine positive Einstellung zu Medikamenten haben. Sie müssen ihre Grenzen kennen und erkennen können, ab wann sie den KlientInnen nicht mehr helfen können und nicht zögern, diesen im

Zweifel zum Spezialisten für den betreffenden Bereich zu schicken (Rummel-Kluge et al., 2008).

Beratung durch Menschen, die dieselbe Erfahrungen gemacht haben wie man selbst, erweist sich nicht nur in der Psychiatrie als Erfolg. 85 Prozent der von Rankin, Williams, Davis und Girgis (2004) befragten Frauen mit Brustkrebs, die von Peers beraten oder auch während der Behandlung begleitet wurden, würden die Unterstützung auf jeden Fall, 10% wahrscheinlich weiter empfehlen und nur 1% der Befragten würde es nicht tun. Der Vorteil der Peerberatung war für 53% der Frauen, dass sie mit einer anderen Frau mit ähnlichen Erfahrungen sprechen konnten, 12% bekam praktische Ratschläge, 10% Informationen und 8% meinten, von der Beratung nicht profitiert zu haben. Die positiven Effekte des „Breast Cancer Support Service“ waren unabhängig von Alter, Ausbildungsgrad, Familienstand, Wohnort oder dem Vorhandensein von einer privaten Gesundheitsversicherung (Rankin et al., 2004).

Auch bei Schwangeren und jungen Müttern war Peerberatung effizient. Die Frauen wurden von geschulten Peers zuerst in der Schwangerschaft und dann in den ersten Monaten nach der Geburt zu Hause besucht, um sie auf die Stillperiode vorzubereiten und sie dabei zu unterstützen. Während der ersten Besuche wurden die Frauen darüber aufgeklärt, wie wichtig Stillen für die Gesundheit ihres Babys wäre. Dann unterstützten die Peerberaterinnen die Mütter auch während der ersten Wochen beim Stillen zu Hause, indem sie entweder drei oder sechs Mal zu Besuch kamen. Mütter, die sechs Mal besucht wurden, ernährten zu 80% ihre Babys in den ersten zwei Wochen nur durch Stillen, 67% von ihnen stillte in den ersten drei Monaten nach der Geburt ausschließlich. In der Gruppe, in der die Mütter drei Mal beraten wurden, stillten nur noch 62% der Frauen in den ersten zwei Wochen und 50% in den ersten drei Monaten. In der Kontrollgruppe waren die Prozentsätze mit 24% in zwei Wochen und 12% in drei Monaten deutlich niedriger. In abschließenden Interviews berichteten die Mütter, dass die Peerberaterinnen hilfreich gewesen wären und hauptsächlich diese (zu 66%) ihnen Unterstützung und Tipps gegeben hätten, gefolgt von den Ärzten mit 19% und ihren eigenen Müttern (7%) (Morrow et al., 1999).

Beratung und Unterstützung für Schwangere, die unter anderem gerade eine Entzugstherapie begannen, von so genannten „SISTERS“, das heißt von Frauen, die sich

selbst gerade im Genesungsprozess befanden, zeigte in Amerika bereits im Jahr 1998 große Erfolge. Die Frauen verbanden miteinander ihre Krankengeschichte und der Entzug als Grund für die Teilnahme an dem Projekt miteinander, aber auch die Hoffnung auf ein besseres Leben (Sanders, Trinh, Sherman & Banks, 1998; Sherman, Sander & Yearde, 1998). Die „SISTERS“, die ein entsprechendes Training absolviert hatten, begleiteten die Schwangeren in beinahe allen täglichen Tätigkeiten von Einkaufen und Kochen über Amtswege bis hin zur Beratung bezüglich Kindererziehung und der Unterstützung beim Durchhalten der Abstinenz. Sie sollten auch abschätzen können, welche Bedürfnisse ihre Klientinnen hatten und in welcher Stimmung sie sich gerade befanden (Sherman et al., 1998). Die Teilnehmerinnen des Projekts „SISTERS“ gaben zu über 60% an, dass die Peerberaterinnen am hilfreichsten bei ihrer Behandlung waren. Sie wurden von den Frauen als besonders empathisch und hilfsbereit empfunden. Auch einige Frauen, die von professionellen HelferInnen begleitet wurden, zeigten Interesse von der Begleitung durch „SISTERS“ (Sanders et al., 1998).

In einer anderen Untersuchung wurde rauchenden Schwangeren Peerberatung angeboten, um sie dazu zu motivieren, das Rauchen aufzugeben (Malchodi et al., 2003). Die Frauen kamen aus sozial schwachen Bevölkerungsgruppen und waren alle in Betreuung im selben Krankenhaus, in dem fast 30% der schwangeren Patientinnen rauchten und in dem ihnen ein Anti-Raucher-Programm angeboten wurde. Sie bekamen entweder nur die übliche Unterstützung oder zusätzlich noch die Peerberatung. Von den zur Verfügung stehenden Peerberaterinnen wurden jene ausgewählt, die der sozio-kulturellen Herkunft der Patientinnen am ähnlichsten und Nichtraucherinnen waren. Anschließend erhielten sie ein spezielles Training. Jede Schwangere in der experimentellen Gruppe hatte bis zu acht Gespräche mit Peerberaterinnen, entweder bei ihnen zu Hause, im Krankenhaus oder sie wurden per Telefon beraten. Die Anzahl der Nichtraucherinnen veränderte sich durch die Beratungen nicht, aber die Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag. Die stärkste Reduzierung verbuchte die Gruppe der am meisten rauchenden Frauen.

Die Ähnlichkeit der PeerberaterInnen, die andere Betroffene auf gleicher Augenhöhe beraten, gegenüber den PatientInnen ist entscheidend. Deswegen wurden etwa in Justizanstalten im Rahmen von ACE Programms auch mit HIV infizierte weibliche Mithäftlinge für HIV-positive Frauen zu Beraterinnen. Dieses Programm - AIDS Counseling & Education (ACE) – wurde im Jahr 1988 von durch die Krankheit Betroffenen für Betroffene

ins Leben gerufen (Boudin et al., 1999). Es ist aber schwierig, Gefängnisinsassen als Vortragende oder Beraterinnen zu akzeptieren, da diese selbst als Personen empfunden wurden die Veränderung, Unterstützung, Therapie und/oder allgemein eine „Korrektur“ in ihrem Leben nötig haben. Trotzdem erhielt das Programm Finanzierung und Unterstützung von der Stadt und sollte auf der Zusammenarbeit von Mediziner*innen, Krankenschwestern und den anderen Angestellten des Gefängnisses mit den Peers beruhen.

Die empowermentorientierte Arbeitsweise mit HIV infizierten und AIDS-Kranken weiblichen Insassen hatte das Ziel, durch Aufklärung und ständige Weiterbildungsmöglichkeiten ihre Entscheidungsfähigkeit zu erhöhen und Selbsthilfegruppen zu gründen. Natürlich kannten sich die Frauen im Gefängnis alle untereinander, waren immer miteinander, und nicht alle Frauen waren von der Krankheit betroffen, weswegen Stigmatisierung und Diskriminierung ein großes Thema darstellten. Viele Frauen verzichteten auf die medizinische Hilfe, um diesen Problemen zu entkommen und vor allem diese Frauen sind als Zielgruppe der Peerberatung gedacht.

Die Peerberatung sollte nicht nur zur Aufklärung über HIV/AIDS und seine Behandlungsmöglichkeiten dienen, sondern auch der psychischen und emotionalen Unterstützung, was vor allem Selbstwert und Selbstidentität, die Angst vor dem weiteren Verlauf der Krankheit, Schmerzen und den Tod betraf. Außerdem waren sowohl Vergangenheit, als auch die Hoffnung auf eine bessere Zukunft und Lebensziele wichtige Themen, worauf die Beraterinnen als positive Rollenmodelle dienten und Hoffnung vermittelten.

Das medizinische Personal schätzte die Peerberatung als sehr hoch ein. Durch die Zusammenarbeit könnte sozusagen 24 Stunden Betreuung gewährleistet werden. Die Peerberatung erwies sich hier als eine sinnvolle präventive Maßnahme und eine gute Ergänzung zur Behandlung (Boudin et al., 1999).

In Zusammenarbeit mit der Kirche versuchten Allicock und ihre KollegInnen (2010) PeerberaterInnen auszubilden, damit diese im Sinne von „Body & Soul“, Afro-AmerikanerInnen gesunde Ernährung näher bringen könnten. Das Interesse und die Bereitschaft der Pfarrer und potentiellen Peers, an dem Projekt und anschließenden Evaluation teilzunehmen, waren groß. Die Umsetzung hingegen bereitete bereits bei der

Ausbildung der PeerberaterInnen größere Schwierigkeiten. Die für die Ausbildung der Peers verantwortlichen Koordinatoren waren für ihre Aufgaben nicht vorbereitet. Nur zwei von elf teilnehmenden Kirchen, also nur zwei Koordinatoren beendeten das komplette Training zur BeraterInnen. Die weiteren neun führte nur die Hälfte des Kurses durch. Obwohl nur 31% der Kirchenmitglieder mit den Peers über ihre Ernährung sprechen konnte, erreichten die Beratungen ihr Ziel und der Konsum von Obst und Gemüse unter der TeilnehmendenInnen erhöhte sich ein wenig.

Im Jugendalter ist eine Gruppe von Gleichaltrigen besonders wichtig. Im pädagogischen Bereich gibt es sehr viele Studien zu Unterstützung und Beratung durch geschulte Peers. Die Jugendlichen wenden sich mit Problemen eher an ihre Freunde, als an ihre Eltern. Bekannt sind bereits Programme wie zum Beispiel „Buddy“ - ein Training der sozialen Kompetenz. Die Beratung von vorher trainierten SchülerInnen würden auch deren SchulkollegInnen weiterempfehlen (Abu-Rasain & Williams, 1999).

Laut ihrer Literaturstudie waren Geldard und Patton (2007) überzeugt, dass bisherige Counseling Programme, die für Jugendliche eins zu eins aus der Erwachsenenberatung übernommen worden waren, mit vielen Problemen (Rolle der PeerberaterInnen, ihr Status etc.) verbunden waren. Daher fanden sie es für notwendig, diejenigen Redewendungen, Ausdrucks- und Verhaltensweisen der Jugendlichen zu identifizieren, die von jungen Leuten am effektivsten eingeschätzt würden, wenn sie einander helfen würden. Sie versuchten auch, bestimmte Verhaltensweisen zu eruieren, die blockierend für eine Beratung sein könnten. An der Studie nahmen 52 SchülerInnen teil, die sich an Arbeitsgruppen beteiligten. 36 von ihnen meldeten sich danach freiwillig für ein Peerberatungstraining, indem sie 6 Wochen lang Beratungen durchführten und mit Feedback Fragebögen weiter in den Arbeitsgruppen zusammen arbeiteten.

Die festgestellten Ziele einer Beratung für Jugendliche unterscheiden sich nicht von den Zielen einer herkömmlichen Beratung für Erwachsene. Bei den Helfenden geht es um das gute Gefühl, anderen helfen können, andere bei der Lösung von Problemen und beim Treffen von Entscheidungen zu unterstützen, sowie Hoffnung und Optimismus zu vermitteln (Geldard & Patton, 2007). Als die hilfreichsten Verhaltensweisen für eine Peerberatung wurden von den jungen Menschen Respekt und Vertrauen, Verständnis, Engagement, und

Offenheit der BeraterInnen bezüglich eigener Erfahrungen als eine Bedingung für eine gute reziproke Beziehung und ein aktives Zuhören genannt. Jugendliche unterscheiden sich von den Erwachsenen in der Art und Weise, wie sie die Empathie, Loyalität und die oben genannten weiteren Aspekte ausdrücken. Daher ist es viel effektiver, wenn die jungen Menschen von ihren Peers beraten werden als von Erwachsenen und sie müssen auch durch die Trainingsprogramme auf ihre Tätigkeit gut vorbereitet werden.

In einer anderen Untersuchung, in der Diabetikern eine telefonische Beratung von Peers oder von Krankenschwestern, die in dem Bereich jahrelange Erfahrung hatten, bekamen, beurteilten PatientInnen die Telefonate mit Krankenschwestern besser. Die AutorInnen dieser Studie, Dale, Caramlau, Sturt, Friede und Walker (2009) schlugen eine bessere Vorbereitung und gründlichere Ausbildung der Peers für eine beratende Tätigkeit vor.

Der Einsatz von Peers kann also viele Vorteile und eine große Hilfe für Ratsuchende bedeuten. Peerberater brauchen jedoch, wie oben öfter angedeutet, selbst viel Unterstützung und, damit sie effektiv arbeiten können, müssen sie auch in ein soziales Netz eingebettet sein. Es sollte viel Wert darauf gelegt werden, dass sie auch von einem Support System jederzeit profitieren können (Sherman et al., 1998).

Peer-Projekte und Beschäftigung von Betroffenen

Die Unterstützung von geschulten Betroffenen für Menschen mit psychischen Störungen wird in unterschiedlichen Formen und Projekten bereits weltweit praktiziert. So auch in dem in der vorliegenden Studie evaluierten Projekt „Peercoaching“ bei *pro mente* Wien, das im folgendem ausführlicher beschrieben wird. In diesem Kapitel werden nun einige Beispiele aus dem deutschsprachigen Raum und eines aus Schottland vorgestellt, die auch empowerment- und recoveryorientierte Arbeit leisten.

Knuf (2009) beschreibt das Peer-Projekt „Gesundheit ist ansteckend“, das im Jahr 2005 seinen Anfang nahm, indem früher psychisch Kranke und heute gesunde Personen sich für bereit erklärten, über ihre Erfahrungen zu berichten. Um diese Personen auf ihre Aufgabe vorzubereiten, entstand ein Trainingsprogramm von insgesamt 40 Stunden mit verschiedenen Schwerpunkten, wie: „Einführung in Recovery und Empowerment, Reflexion des eigenen Gesundungsweges, Präsentations- und Moderationsfähigkeiten sowie Training im Umgang mit Konfliktsituationen in Gruppen“ (Knuf, 2009, S. 46).

Danach fanden 45 Gruppentreffen mit anderen Betroffenen statt, die aus diesen Erfahrungen profitieren sollten. Nach diesen Treffen wurde deutlich, dass bestimmte Bedingungen erfüllt sein müssen, damit die Betroffenen die anderen überhaupt als Peers anerkennen und ihnen die Hoffnung auf die Gesundung vermitteln können. Einer der wichtigsten Determinanten ist nach Knuf (2009, S. 46) die Nähe beziehungsweise die Ähnlichkeit der Erfahrungen „mit der Krise und der psychiatrischen Versorgung sowie die aktuelle Lebenssituation“ von Peer-BegleiterInnen und Peer-TeilnehmerInnen, wie Wohnsituation oder Familienstand, als auch die Diagnose. Die TeilnehmerInnen der Gruppen waren mit dem Projekt sehr zufrieden. Auch Harrie van Haaster (2009), ein Forscher und Betroffener, empfiehlt einen nützlichen Austausch von Erfahrungen, um eine Wiedererkennung der eigenen Emotionen und Erlebnisse zu ermöglichen.

Es muss aber gesichert sein, dass das durch Erfahrung gewonnene Wissen auch richtig weitergegeben wird, vor allem im Falle einer Beratung, dass die gegebenen Tipps und Ratschläge zum der Betroffenen dienen werden. Deswegen wäre es auch nötig, regelmäßig die Qualität des erfahrungsbasierten Wissens zu überprüfen, was bis jetzt sehr selten gemacht wurde. (van Haaster, 2009).

„Exit-Sozial“ ist ein Verein für psychosoziale Dienste, der sich für Menschen mit psychischen Störungen einsetzt. Er unterstützt alle Hilfebedürftigen im Alltag, so dass ihnen möglichst der Aufenthalt auf einer psychiatrischen Station erspart bleibt (<http://www.exitsozial.at/>). Auch „Die Brücke Schleswig-Holstein“ arbeitet für und mit Menschen, die psychisch und sozial beeinträchtigt sind. Die Angebote des Vereins sollen individuell an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst sein (<http://www.bruecke-sh.de/hilfe-angebote.php?idm=10.218>). Beide Vereine bieten auch Beratungen von Betroffenen für Betroffene an.

Ein weiteres Projekt, ein alternatives Angebot für alle, die eine Betreuung außerhalb der Psychiatrie suchen, heißt „Offene Herberge e.V.“. Hier sind zu 2/3 Peers beschäftigt, die ihren nicht betroffenen KollegInnen gleichgestellt sind und gleich bezahlt werden, sowie auch viele die als ehrenamtlichen MitarbeiterInnen arbeiten. Im Vorstand haben 5 von 6 Mitgliedern psychiatrische Erfahrungen. Es werden regelmäßige EX-IN-Kurse angeboten und die Psychiatrie-Erfahrene können zu so genannten Genesungsbegleitern oder Dozenten ausgebildet werden (<http://www.offene-herberge.de/ueber-uns.html>).

Zwei weitere Vereine, „Für alle Fälle e.V.“ in Berlin und „Initiative...e.V.“ in Bremen, widmen sich Großteils der Fortbildung. Beide orientieren sich auch stark an den Bedürfnissen der Betroffenen und bieten Unterstützung zur Selbsthilfe, Beratungen etc. (www.faelle.org, www.initiative-zur-sozialen-rehabilitation.de). In der „Initiative...e.V.“ (Initiative zur sozialen Rehabilitation) haben die Betroffenen ihre eigene Zeitung, „IRRTURM“, in derer Rahmen sie für sie wichtige Themen ansprechen und diskutieren, sowie die Gesellschaft informieren und aufklären können. „FOKUS“ ist ein Fortbildungsträger der Initiative. Es wird hier angeboten: Qualifizierungsangebote, Fortbildungen, Supervision und Organisationsberatung. Als Ziel stellt sich „FOKUS“ die Förderung von Angeboten und Prozessen, die die stationäre Versorgung vermeiden oder verkürzen können, sowie die Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen am Gemeinwesen und ihre Vernetzung untereinander (<http://www.fokus-fortbildung.de/>).

Auch eine Form von Peer-Support stellt seit 1996 das Weglaufhaus in Berlin dar, das sich für die Menschen mit psychischen Störungen und gegen die Gewalt in der Psychiatrie einsetzt. Der Verein arbeitet unter dem Motto „ExpertIn ist NutzerIn“ und bietet Menschen, die der Psychiatrie entgehen wollen, einen Zufluchtsort, wenn diese von Wohnungslosigkeit betroffen sind, sowie Unterstützung im Alltag und Begleitung in Krisen. Im Haus sind qualifizierte MitarbeiterInnen beschäftigt, HeilpädagogInnen, HeilerziehungspflegerInnen und SozialarbeiterInnen, die „eigene Erfahrungen mit Krisen, Verrücktheit und Psychiatriesierung gemacht und bewältigt haben.“ (<http://www.weglaufhaus.de/weglaufhaus/jobs-und-praktika/>). Beahlt wird das Projekt vom deutschen Sozialamt und Spenden.

Amering und Schmolke (2007) beschreiben ein Recovery- Netzwerk aus Schottland, das im Jahr 2004 zur Verbesserung der psychischen Gesundheit gegründet wurde. Es ist ein Freiraum, ein Forum für Erfahrungsaustausch zum Thema Recovery:

People who experience mental health problems and those around them should expect recovery. The values and principles which underpin the recovery experience should form the basis of how, as a society, we approach mental health issues. (<http://www.scottishrecovery.net/Our-vision/our-vision.html>)

Alle diese Projekte dienen dem Empowerment und sollen Menschen mit psychischen Störungen einen Austauschraum geben, sowie sie auf dem Recovery-Weg begleiten. Das Projekt „Peercoaching“ von pro mente Wien stellt jedoch ein spezielles Angebot für Menschen mit psychischen Problemen, die einen Einfluss auf die berufliche Situation haben, beziehungsweise für die Personen die aufgrund der Arbeitsbedingungen, von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz oder Arbeitslosigkeit eine psychische Störung entwickelten, dar.

Einfluss der Arbeit auf die psychische Gesundheit

Positive Auswirkungen

Arbeit in der Bedeutung einer sinnvollen Beschäftigung, wie zum Beispiel Sport, Kunst oder Bildung, ist sehr wichtig für das Beibehalten einer Tagesstruktur und wirkt auch mildernd auf das Risiko einer Neuerkrankung sowie Rückfälle. Sie spielt eine große Rolle sowohl bei gesunden als auch bei psychisch kranken Menschen, verbessert die psychische Gesundheit und damit die Lebensqualität. Durch die Arbeit oder eine Unterstützung bei beruflichen Aufgaben wird der Recovery-Prozess gefördert (Amering, 2007).

Negative Auswirkungen

Arbeit kann neben positiven auch schädigende Folgen haben. Die am häufigsten am Arbeitsplatz empfundenen Belastungen sind Zeitdruck, Anstrengung und andauernde Konzentration, Überstunden, eine zu hohe Verantwortung für andere Menschen, widersprüchliche Anweisungen etc. - um nur ein paar zu nennen (Zeitlinger, 2010).

In der vorliegenden Studie wurden viele KlientInnen untersucht, die unter anderem aufgrund von negativen Auswirkungen von Arbeit Hilfe suchten. Fast ein Drittel der Befragten betrifft Menschen, die wegen Burnout-Problematik in die Beratung kamen. Obwohl Burnout nicht nur Berufstätige betrifft, sondern genauso oft bei Arbeitslosen vorkommt und nicht unbedingt durch Arbeitsbedingungen verursacht wird, da die Ursachen auch im Privatleben liegen können, wird es hier ausführlich beschrieben.

Burnout

Trotz der bestens bekannter Ausbeutung des Menschen in Fabriken des 19. Jahrhunderts, wo sie wie Objekte und austauschbare Teile behandelt wurden und trotz jahrelanger diesen Tatsachen entgegen steuernder Bemühungen die Arbeit so zu gestalten, dass sie dem

Menschen ermöglicht, seine Ziele zu verwirklichen und seine Bedürfnisse zu befriedigen, wird heute im Rennen nach wirtschaftlichem Erfolg auf den Menschen an seinem Arbeitsplatz steht vergessen. Bereits in den 1960er Jahren wurde mehrmals von dem unerklärlichen Verlust der Motivation bei professionellen HelferInnen geschrieben, aber erst im Jahr 1974 prägte Herbert J. Freudenberger den Begriff „Burnout“ als Abbau der psychischen und physischen Ressourcen meist bei ehrenamtlichen MitarbeiterInnen. Ab diesem Zeitpunkt wurden in zahlreichen Studien ähnliche Symptome verschiedenster Berufsgruppen immer wieder beschrieben. Auch andere Forscher versuchten dem neuen Syndrom einen eigenen Namen zu geben, wie zum Beispiel „Flame-Out“ oder „Meltdown“ und jahrelang versuchte man, eine präzise Definition für das Phänomen zu finden (Burisch, 2010).

Das Burnout – Syndrom ist keine Diagnose nach ICD-10. Es gibt sehr viele, sich deutlich unterscheidende Begriffsbestimmungen, aber keine allgemein anerkannte Definition. Es ist auch sehr schwierig, eine zu finden oder sich für eine einzige zu entscheiden, die für so ein breites Feld an Symptomen und betroffenen Gruppen beziehungsweise Individuen, die sich teilweise sehr voneinander unterscheiden, passend wäre. Probleme bereitet auch die Abgrenzung zur Depression, Belastung oder Konfliktreaktion (Burisch, 2010). Die Forscher sind sich jedoch einig, sofort zu wissen, wenn jemand an Burnout leidet. In den meisten Studien werden emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und Leistungsunzufriedenheit genannt (Burisch, 2010; Litzcke & Schuh, 2007). Allerdings fällt eine eindeutige Definition immer noch schwer, obwohl es bereits in 60 Berufen, auch unter Arbeitslosen, Studenten, Sportlern und im privaten Bereich (zum Beispiel Eltern) beschrieben wurde.

Burnout ist ein Maßstab für die Diskrepanz zwischen dem Wesen eines Menschen und dem, was er in seiner Arbeit tun muss. Es stellt einen Verschleiß von Werten, Würde, Geist und Willen dar – einen Verschleiß der menschlichen Seele. Es ist eine Krankheit, die sich schrittweise und gleichmäßig über einen Teufelskreis bringt, aus dem es nur schwer ein Entrinnen gibt. (Maslach und Leiter, 2001, S. 18)

Ein anderer Burnout-Forscher, der deutsche Professor Matthias Burisch (2010, S. 8), schreibt in einem seiner Bücher:

Im Zentrum des Burnout- Syndroms schienen mir Ziele, Wünsche, Bedürfnisse zu stehen, die entweder gar nicht, nicht mehr oder nur unter Hintanstellung der meisten anderen Ziele zu realisieren sind. Bei dem Versuch, das verlangte doch noch zu erreichen oder zu sichern, werden die Anstrengungen immer verzweifelter [...]. Das Aufgeben des Ziels scheint aber ebenso unmöglich zu sein wie seine Erreichung.

Pines, Aronson und Kafry (2000) unterscheiden Überdruß, die nach jeder körperlichen wie auch psychisch chronischen Belastung, bei unerwarteten Lebensveränderungen möglich ist, und Ausbrennen, das ausschließlich in der Arbeit mit anderen Menschen aufgrund emotionaler Belastung auftritt. Beide jedoch „sind Zustände körperlicher, emotionaler und geistiger Erschöpfung.“ (Pines et al., 2000, S. 25) und haben einen negativen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden. Die obengenannte Unterscheidung hat sich allerdings weder in der Wissenschaft, noch im täglichen Sprachgebrauch durchgesetzt. Bemerkten Familie oder Freunde an einem also somatische oder emotionale Reaktionen, die sich nicht mehr verbergen lassen, steckt man mitten in einem Burnout.

Diese Krise kann von einigen Tagen beziehungsweise Wochen bis zu Monaten und sogar Jahren dauern, wenn sie nicht behandelt wird. Das Ausbrennen kann im Berufs- oder in Privatleben auftreten, kann aber auch ziemlich schnell von einem in das andere übertragen werden (Pines et al., 2000). Eine lang andauernde Erkrankung eines/r MitarbeiterIn bedeutet sowohl für den Arbeitgeber als auch für die Krankenkassen enorme Kosten (Burisch, 2010), sowie Verluste in Form von Fehltagen, Leistungsabfall etc.

Als Ursachen des Burnouts nennen Maslach und Leiter (2001) Arbeitsüberlastung, Mangel an Kontrolle über die Arbeit, Mangel an Belohnung, Fairness und Gemeinschaft im Arbeitsumfeld sowie das Gefühl der Wertlosigkeit als einer Spaltung zwischen den Anforderungen im Beruf und den eigenen persönlichen Überzeugungen.

Burisch (2010) versuchte alle Burnout-Symptome, die in zahlreichen Studien vorkamen, zusammenzustellen. Er stieß jedoch auf eine unüberschaubare Menge und erstellte 7 Kategorien, um die Symptome einteilen zu können, die eventuell einen Verlauf des Burnouts darstellen könnten. Gleichzeitig wies er darauf hin, dass eine Feststellung eines typischen Verlaufs oder sogar eine strikte Abgrenzung der jeweiligen Phasen sehr schwer sei.

Die erste Kategorie beinhaltet die Warnsymptome in der Anfangsphase, wie erhöhtes Engagement, nicht abschalten können, Verfolgung von nicht realistischen Zielen etc. Dann folgt ein Rückzug, das bedeutet ein reduziertes Engagement besonders in den Bereichen, in die man früher viel Energie investierte. Diese Phase wird von anderen ForscherInnen als das eigentliche Burnout bezeichnet. Die Betroffenen stellen erhöhte Ansprüche an sich selbst und erwarten sich von ihrem Umfeld, subjektiv gesehen, genauso viel zurück. In der nächsten Phase kommt es zu emotionalen Reaktionen und Schuldzuweisungen. Die erlebte große Enttäuschung, die nicht realisierbaren persönlichen Ziele benötigen Attribuierungen und auch Trauerarbeit, die sich oft in Depressionen und aggressiven Verhaltensweisen äußern kann. Die vierte Symptom-Kategorie beschreibt den Leistungs- und Motivationsabfall, was sich zum Beispiel am Arbeitsplatz durch vergessene Termine und Flüchtigkeitsfehler bemerkbar macht. Als nächstes zeigt sich eine allgemeine Verflachung auf der emotionalen und geistigen Ebene, auch soziale Kontakte, wenn bis dato aufrechterhalten, werden reduziert. Die sechste Kategorie beinhaltet auftretende unterschiedliche psychosomatische Reaktionen, wie zum Beispiel Schlafstörungen, Kreislaufbeschwerden, häufige Infektionen oder Verdauungsbeschwerden und Gewichtsveränderungen, Herzkrankheiten sowie Magen-Darm-Beschwerden. Sie decken sich mit denen, die bei Stress auftreten und dieselben Symptome stellte man auch bei Arbeitslosen fest (Berth et al., 2006, Berth et al., 2007). Dazu gehören weiterhin gesteigerter Verbrauch von Nikotin, Alkohol und Drogen. Die letzte Kategorie, die auch die letzte Phase sein könnte, nennt der Autor „existentielle Verzweiflung“, und sie ist oft mit Selbstmordgedanken verbunden.

Wie bereits erwähnt beginnt das Burnout – Syndrom meistens mit der ersten Kategorie und der Betroffene kann die oben genannten Stadien durchlaufen, der Prozess kann aber auch in jeder Phase aufgehalten werden. Es müssen auch nicht immer alle Symptome auftreten.

Einfluss der Arbeitslosigkeit auf das psychische und physische Wohlbefinden

Nach dem Verlust der Arbeit reagiert jeder Mensch wie bei anderen persönlichen Schicksalsschlägen auf andere Art und Weise. Die meisten Studien zu diesem Thema beschreiben verschiedene Einschränkungen, die nicht nur aus finanziellen Gründen vorgenommen werden (Barwinski Fähr, 1990).

Laut einem Bericht zur Gesundheit von Männern und Frauen im Land Brandenburg (Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, 2003, S. 13) gilt: „(...) je höher der Sozialstatus (Schulbildung, berufliche Position, Einkommen), desto günstiger sind die Chancen auf eine gute Gesundheit und desto höher ist die Lebenserwartung.“

Physische Auswirkungen

Jahoda und ihre KollegInnen (2009) beschreiben einen unmittelbaren Zusammenhang des Einkommens mit der physischen Gesundheit. Sie beobachteten, dass mit der Dauer der Arbeitslosigkeit eine Verschlechterung der körperlichen Widerstandskraft einhergeht. Oft werden genannt: systolischer Blutdruck, Chronifizierung von Krankheiten, Ein- und Durchschlafstörungen, Herzbeschwerden (Berth et al., 2006).

Im Verhältnis zum Anteil der Werktätigen viel mehr PatientInnen, die an Infektions- und Stoffwechselerkrankungen, Vergiftungen sowie Verdauungsproblemen leiden, erwiesen sich als Arbeitslose. Auch leiden eher arbeitslose Männer und Frauen unter psychosomatischen Beschwerden und bleiben öfter in Krankenhäusern leiden als Berufstätige (Hagemann, Kuhner, 2005, Berth, Förster, Balck, Brähler & Stöbel-Richter, 2007). Es ist auch nicht ohne Bedeutung, ob eine Person einmal oder mehrmals arbeitslos war, da diejenigen, die mehr als einmal die Erfahrung machten, mehr psychisch belastet sind, mehr körperliche Symptome und Beeinträchtigungen haben und ihre eigene Gesundheit und deren Beeinflussbarkeit schlechter einschätzen (Berth et al., 2007).

Dragano (2007) berichtet, dass Personen die mit Entlassungen, Outsourcing und Umstrukturierungen an ihrem Arbeitsplatz konfrontiert wurden, öfter beziehungsweise an mehr arbeitsbezogenen gesundheitlichen Beschwerden leiden.

Psychische Auswirkungen

Die Folgen der Arbeitslosigkeit können sehr unterschiedlich sein und von Person zu Person variieren. Es werden in der Literatur, vor allem, aber nicht nur, die negativen genannt. Eine Hauptbelastung für die Betroffenen ist die Ungewissheit der Zukunft. Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit, die erhaltene Absagen auf ihre Bewerbungen und ein fehlendes Feedback führen in den meisten Fällen zur Verschlechterung des Selbstvertrauen und erlernter Hilflosigkeit. Die Betroffenen glauben in Abhängigkeit von anderen Personen leben zu müssen, was natürlich mit der Verschlechterung von Familienbeziehungen und anderen sozialen Bindungen verbunden ist (Barwinski Fähr, 1990, Berth et al., 2006). Es fehlt die Tagesstruktur, sinken finanzielle Ressourcen, Status und Anerkennung in der Gesellschaft. Die Sinnhaftigkeit des Lebens wird in Frage gestellt. Die Schuld für diesen Zustand wird sich selbst zugeschrieben und es wird als persönliches Versagen erlebt (Barwinski Fähr, 1990).

Als eine der ersten Studien zum Thema Langzeitarbeitslosigkeit ist die Untersuchung der Arbeitslosen von Marienthal von Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel (2009) anzusehen, die bereits im Jahr 1933 veröffentlicht wurde, wo nach dem Schließen der Textilfabrik über drei Viertel der Familien auf staatliche Unterstützung angewiesen war. Die Leute, die noch in Marienthal oder Umgebung beschäftigt waren, verdienten teilweise weniger als die Unterstützung betrug.

Die Forscher schrieben: „(...) hier leben Menschen, die sich daran gewöhnt haben, weniger zu besitzen, weniger zu tun und weniger zu erwarten“ (Jahoda, 2009, S. 55) und auch weiter „Die Ansprüche an das Leben werden immer weiter zurückgeschraubt, (...) die Energie, die noch bleibt, wird auf die Aufrechterhaltung des immer kleiner werdenden Lebensraumes konzentriert.“ (Jahoda et al., 2009, S. 101). Die Leute in Marienthal lasen weniger Bücher und Zeitungen und ihr Interesse an Politik sowie ihre politische Aktivität nahm ebenfalls ab, was auch andere Forscher in späteren Studien bestätigten (Barwinski Fähr, 1990, Jahoda et al., 2009). Auch die sozialen Kontakte gehen bei den Betroffenen zurück. Die kollegialen Beziehungen vom Arbeitsplatz, sowie die Möglichkeit, dort neue Kontakte zu knüpfen, fehlen den Menschen am meisten. Viele Befragten geben an, zurückgezogener oder isoliert zu leben um soziale Diskriminierung und Scham zu vermeiden. Die Arbeitslosen identifizieren sich nicht miteinander. Sie wollen dieser mittelweile großen Gruppe nicht zugehörig sein und meiden Kontakte zu Gleichsinnigen Es kommt zu Selbstisolation und Selbstdiskriminierung

(Barwinski Föh, 1990; Rogge, Kuhnert & Kastner, 2007). Sie schließen sich nicht untereinander zusammen wie etwa Berufsgruppen, um eigene Interessen zu repräsentieren oder zu verteidigen.

Exklusion

Die Ausgrenzung aus dem gesellschaftlichen Leben, die unter anderem Langzeitarbeitslose betrifft, wird als Exklusion bezeichnet. Menschen, die keine Beschäftigung haben und auch oft an der Armutsgrenze leben, werden von anderen schlecht behandelt und dadurch zusätzlich belastet und stigmatisiert (Kronauer, 2010). Die Exklusion ist nicht nur das Problem einer einzelnen Person, sie wird, da sie auch die zwischenmenschlichen wechselseitigen Beziehungen beeinträchtigt, zu einem gesellschaftlichen Problem. Sie führt zu Machtlosigkeit, Chancenungleichheit und Zukunftsunsicherheit der Betroffenen, das heißt sie senkt ihre Teilhabe an vielen Lebensbereichen. Kronauer (2010) bemerkt, dass es bestimmte Vorstellungen bezüglich des Lebens in der Gesellschaft gibt, denen jede und jeder sich anpassen bemühen sollte. Entspricht man diesen „vorgeschriebenen“ Maßstäben nicht, wird einem das Gefühl vermittelt, im Leben versagt zu haben und wird man aus der Gesellschaft ausgeschlossen. Der Autor betont auch, dass die Menschen, die von Exklusion betroffen sind, meistens als einer so genannten „Underclass“ zugehörig gesehen werden, die mit Nutzlosigkeit im gesellschaftlichen sozialen und ökonomischen Sinne assoziiert wird.

Soziale Unterstützung

Gerade bei Problemen am Arbeitsplatz spielt die soziale Unterstützung als Gegenpol dazu eine wichtige Rolle. Es ist wichtig, über kleine Ärgernisse des Alltags sowie die „life events“ im vertrauten Rahmen sprechen zu können. Wilkinson (2001) betont, dass soziale Kontakte sowohl zu Hause als auch in der Gesellschaft einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und Lebensqualität haben. Er beschreibt dies folgendermaßen (Wilkinson 2001, S. 184): „A sense of desperation, anger, bitterness, learned helplessness or aggression are all wholly understandable responses to various social, economic and material difficulties. Prolonged stress from any of these sources is often all it takes to damage health.“

Vier Phasen der Verarbeitung von Arbeitslosigkeit

Sowohl die Erwachsenen als auch die Kinder von oben genannten Marienthal wurden als resigniert und hilflos beschrieben. Die Forscher konnten fast anhand des Einkommens die Stimmung der Arbeitslosen berechnen. Es wurden – entsprechend dem Umgang mit der

eigenen Situation - von Jahoda und ihren KollegInnen (2009) ungebrochenen, resignierten, verzweifelten und apathischen Haltungstypen unterschieden. Auch Barwinski Fähr (1990) nennt Apathie und Resignation sowie Ohnmachtsgefühle und schwankenden Glauben an die Möglichkeit der Selbstgestaltung des eigenen Lebens Anpassungsleistungen einer Langzeitarbeitslosigkeit. Sie unterscheidet außerdem vier Phasen der emotionalen Verarbeitung, die sich mit dem Phasenmodell von Eisenberg und Lazarsfeld decken. Zuerst fühlten viele Befragte eine Erleichterung, dass sie aus der oft unangenehm belasteten Situation entkommen konnten, die meisten erlebten aber einen Schock nach der Kündigung. Dann, mit dem Bewusstwerden der Arbeitslosigkeit, kam die intensive Arbeitssuche, wobei die Betroffenen hoffnungsvoll, optimistisch und sich ziemlich sicher waren, in kurzer Zeit eine neue Stelle zu bekommen. Als sie in einigen Wochen nur Absagen bekamen, zeigten sie erste Anzeichen von Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit und Ängsten. Die Arbeitssuche wurde eher routinemäßig erledigt, nicht mehr so intensiv oder ausgelassen. Die letzte Phase bezeichnet nur weiter gehende Apathie und Resignation. Diese Phasen können bei verschiedenen Personen entweder inhaltlich ähnlich oder aber auch unterschiedlich verlaufen.

Berufstätig sein bedeutet auch eine Leistung erbringen. Wenn man seine Aufgaben richtig erfüllt, wird man dafür auch von anderen wie dem/der Vorgesetzten, den KollegInnen oder auch vom eigenen Partner geschätzt und infolgedessen kann man ein positives Selbstwertgefühl aufbauen. Der/Die Arbeitslose glaubt, diese Leistung außerberuflich nicht erbringen zu können und damit wachsen seine/ihre Selbstzweifel. Viele stellen die eigene Identität in Frage (Rogge et al., 2007; Barwinski Fähr, 1990). Unterschiede fanden sich sogar zwischen deklarierten Hausfrauen und erwerbslosen Frauen, obwohl beide Gruppen angaben, dieselbe Arbeit im Haushalt erledigen zu müssen. Trotz dem, dass alle Frauen schätzen die Berufstätigkeit genauso wichtig ein, fühlen sich die Hausfrauen weniger belastet durch ihre Arbeitslosigkeit als die Frauen, die sich eher als arbeitslos und nicht als Hausfrauen beschreiben (Mohr, 1997).

Bei arbeitslosen Personen sinkt mit der Zeit der Arbeitslosigkeit oft das Kompetenz- und Selbstwertgefühl und es kommen auch Identitätsprobleme auf, da viele den Beruf als einen dafür entscheidenden Faktor betrachten, wichtiger als Familie und Freizeit. Das spiegelt sich im Zweifel an der Erfüllung gesellschaftlicher Rollen und in der Beziehung zum Partner

wieder. Barwinski Fähr (1990) schreibt, dass vier von fünf Befragten nach einigen Monaten der Arbeitslosigkeit von Problemen mit ihrem Partner berichteten. Viele glauben, eine Belastung für die Familie zu sein. Jahoda und ihre Kollegen haben unterschiedliche Auswirkungen auf die Beziehungen gefunden. Bei wenigen Ehepaaren aus Marienthal verbesserte sich die Situation, bei anderen verschlechterte sie sich und sie fassten es folgt zusammen: „Die Tendenzen, die jeweils in der Ehe selbst liegen, werden also durch die äußeren Umstände verschärft.“ (Jahoda et al., 2009, S. 101).

Obwohl die Arbeitslosen nun viel Zeit haben, beginnen sie in vielen Fällen nicht, neue Projekte in Angriff zu nehmen und es gibt auch wenig Anreiz und Gründe für sie, sich weiterhin zu beeilen oder pünktlich zu sein (Jahoda et al., 2009).

Berth, Förster, Stöbel-Richter, Balck und Brähler (2006) untersuchten in einer Längsschnittstudie, von insgesamt dreizehn Jahren, wie sich eine Gruppe von Absolventen einer polytechnischen Oberschule beruflich entwickelte. Fast 60% der Personen wurden in im zeitlichen Untersuchungsrahmen mindestens einmal arbeitslos und wies ein deutlich schlechteres psychisches Befinden als die Beschäftigten, wobei sich das bei der Langzeitarbeitslosen noch schlechter ausfiel. Auch die Ergebnisse der Distress-Skala stiegen bei den Mehrfacharbeitslosen an. Andererseits wurden Personen, die mehr psychisch belastet waren, öfter oder länger arbeitslos beziehungsweise könnten schwieriger einen Job gleich nach dem Abschluss der Ausbildung zu finden (Berth et al., 2006).

Fast alle Studien konzentrieren sich auf den negativen Folgen der Arbeitslosigkeit, es gibt aber auch Personen, die über positive Erlebnisse und Erfahrung berichten. Manche arbeitslose Männer freuen sich, dass sie mehr Zeit für ihre Familien haben (Rogge et al., 2007). Positiv über die Zeit der Arbeitslosigkeit berichteten Männer, die unter besonders belastenden Bedingungen und in sehr stressigen Berufen arbeiteten (Deutschmann & Kuhnert, 2005).

Psychische Belastung und Stress

Die momentane psychische Belastung hängt mit früheren Erfahrungen der Arbeitslosigkeit zusammen. Personen, die einmal Arbeitslos waren, sind deutlich weniger belastet als Personen, die diese Erfahrung bereits mehrmals gemacht haben (Berth, Förster, Balck,

Brähler & Stöbel-Richter, 2007). Barwinski Fähr (1990, S.2) meint dazu: „Arbeitslosigkeit kann als traumatische Erfahrung, aber auch als Stresssituation verstanden werden.“

Langzeitarbeitslosigkeit führt zu starken depressiven Verstimmungen. Wenn die Bewältigungsmechanismen sich als nutzlos erwiesen, verschlechtert sich der Zustand der Personen, was zur Suizidalität führt (Barwinski Fähr, 1990). Die Befragten berichteten von Besserungen, nachdem sie an verschiedenen Kursen teilgenommen hatten, in denen sie gezwungen waren, andere Personen in ähnlicher Lage kennenzulernen oder nachdem sie sich in Selbsthilfegruppen mit solchen austauschen konnten.

Albani, Blaser, Geyer, Grulke, Bailer, Schmutzer und Brähler (2007) bewiesen in ihrer Studie, dass vor allem arbeitslose Männer unter chronischem Stress leiden. Besonders stark waren bei ihnen die Unzufriedenheit mit ihrer Arbeitssituation und der subjektiv erlebte Mangel an sozialer Anerkennung ausgeprägt. Für viele Männer ist eine Arbeitsstelle mit der eigenen Identität gleichgesetzt und auch eine wichtige Schutzquelle. Verlieren sie ihren Job, ist es wahrscheinlicher als bei Frauen, dass es zu Alkoholmissbrauch, einer Suchterkrankung oder zu Gewalttätigkeit kommen kann (Kuhnert, 2005). Holleder (2008) nennt in diesem Zusammenhang auch bei Männern öfter vorkommende psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Laut Berichten der deutschen Bundeskrankenkasse sind männliche Arbeitslose bis zu achtmal mehr der Tage als arbeitsunfähig gemeldet als ihre arbeitenden Geschlechtsgenossen. Arbeitslose Männer wohnen eher alleine und sind in den meisten Fällen ledig oder geschieden. Die arbeitslosen hingegen Frauen erleben weniger soziale Spannungen oder Überforderung und sind weniger durch „Mangel an sozialer Anerkennung“ belastet als die Befragten, die sich Sorgen um die Erhaltung ihres Arbeitsplatzes machen. Über die Hälfte der nicht berufstätigen Frauen lebt mit einem Partner oder auch mit einem Kind zusammen im gemeinsamen Haushalt, was als protektiver Faktor gesehen werden kann. Männer, die keine Angst haben, ihr Arbeitsplatz zu verlieren, sind am wenigsten belastet. Man kann daraus schließen, dass eine Arbeitsplatzunsicherheit oder überhaupt Erwerbslosigkeit eine hohe Belastungsquelle darstellt und ein Job, der einen positiven Einfluss auf die psychische Befindlichkeit haben soll, an eine sichere Arbeitsstelle gebunden sein müsste. Der gesellschaftliche Trend am Arbeitsmarkt in Richtung „immer besser, schneller als andere sein müssen“ steht sowohl für Arbeitslose als auch für Personen mit einem unsicheren Arbeitsplatz in einem Zusammenhang mit psychischen Belastungen (Albani et al., 2007), er beeinflusst die Lebenserwartung und besonders deutlich ist es bei

Langzeitarbeitslosen Männer, wo es zu häufigeren Selbstaggressionen oder Suiziden kommt (Kuhnert, 2005).

Depressivität, Suizid

Nach einem Arbeitsplatzverlust kann es zu depressiven Symptomen kommen, vor allem bei hilflosen Personen, wie zum Beispiel zu Antriebslosigkeit, Sinnlosigkeitsgefühlen, Rückzug etc. Die Selbstbestätigung fällt weg (Barwinski Föh, 1990) und es nimmt auch die Ängstlichkeit zu (Berth et al, 2007).

Giesela Mohr (1997) stellte bei älteren Arbeitern, die ihren Arbeitsplatz verloren hatten eine Erhöhung von depressiven Reaktionen fest, besonders bei wiederholter oder längerer, das heißt über eineinhalb Jahre andauernder Arbeitslosigkeit. Bei erwerbslosen Industriearbeiterinnen wurde auch eine erhöhte Depressivität gefunden. Sowohl berufstätige Frauen als auch die Hausfrauen zeigten eine bessere psychische Befindlichkeit als die arbeitssuchende. Bleiben die Frauen über Jahre hinweg auf der Arbeitssuche, nimmt die Depressivität nicht mehr, beziehungsweise nur gering, aber nicht signifikant zu. In den beiden oben genannten Untersuchungen sanken die Depressionswerte, wie auch die psychosomatischen Beschwerden, nachdem die Betroffenen entweder einen Job bekamen oder in Pension/Rente gingen (Mohr, 1997).

Es kann sich noch um viele andere Störungsbildern handeln, die aufgrund der Arbeitslosigkeit ausbrechen oder durch diese gestärkt werden. Umgekehrt können dieselben Symptome wiederum ein Grund für die Arbeitslosigkeit werden.

Arbeitsplatzunsicherheit

Fast überall gibt es Menschen, die sich Sorgen um ihren Arbeitsplatz machen. In Ostdeutschland gibt es Regionen, wo über 50% den Befragten die Angst um den Arbeitsplatzverlust zugeht, im Dresden, wo die Situation am besten ist, sind das 38 Prozent. Diese Zahlen können auch als Prädiktoren der Zukunftsperspektiven dienen, da um die 35Prozent der Deutschen eine Verschlechterung ihres allgemeinen Lebensstandards erwarten und Zukunftsängste äußern

(<http://www.stern.de/politik/perspektivedeutschland/perspektive-deutschland-2003-wie-gehts-deutschland-522960.html>).

Gisela Mohr (1997) deutet jedoch darauf hin, dass in den meisten Studien, die auf eine Verschlechterung des psychischen Zustandes hinweisen, ein Vergleich des Befindens in der Zeit vor der Arbeitsplatzunsicherheit fehlt. Es könnte also sein, dass die schlechte psychische Befindlichkeit auch von anderen Faktoren abhängig ist, daher muss man die Studienergebnisse sehr vorsichtig interpretieren. In ihrer Studie hat die Forscherin akute Arbeitsplatzunsicherheit bei beschäftigten Personen untersucht. Sie betont die Unterschiedlichkeit und Vielfältigkeit der Wahrnehmung und der Reaktionen der betroffenen Personen. Die persönlichen Eigenschaften und Fähigkeiten, die einen Einfluss auf die zukünftige Arbeitssuche- und Findung haben können, wie zum Beispiel Qualifikationen oder Alter, spielen hier eine große Rolle. Weiters fand Mohr (1997) in ihrer Untersuchung einen Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und Angstreaktionen sowie psychosomatischen Beschwerden. Wilkinson (2001) unterstrich jedoch, dass die Arbeitsplatzunsicherheit schwerwiegendere Angstzustände und andere Gesundheitsschäden verursachen kann, als die Arbeitslosigkeit selbst. In jedem Fall hatte die soziale Unterstützung nach Mohr (1997) einen positiven Einfluss auf die Symptome, beziehungsweise wirkte sich prophylaktisch aus, indem sich die Unterstützung für die Arbeiter durch die Freundin oder Ehefrau als hilfreich im Zusammenhang mit dem Selbstwertgefühl erwiesen. Die Unterstützung durch die anderen Mitarbeitern, den Vorgesetzten oder auch das eigene Kontrollbewusstsein konnte, die durch Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes erzeugte Belastung und negative Erregung mildern (Mohr, 1997).

Wie bereits beschrieben kann eine Arbeitsplatzunsicherheit bei vielen Menschen eine erhöhte Belastung- es kann zu Dauerbelastung werden, Stress sowie körperliche Symptome hervorrufen. Sie sind auch weniger mit ihrem/ihrer Vorgesetzten zufrieden und fühlen sich nicht entsprechend ihren Bemühungen entlohnt (Dragano, 2007).

Störungsbilder

Hier werden die für die Untersuchung relevanten psychischen Störungen beschrieben, die in der Stichprobe präsent sind. Es ist auch in der Stichprobe dieser Studie zu beobachten, dass die meisten Personen sowohl über Ängste sowie Depressionen gleichzeitig berichten.

Angststörungen

Angststörungen sind eine große und vielfältige Gruppe von psychischen Störungen, die neben dem Burnout am Arbeitsplatz präsent sind oder durch Arbeitsbedingungen ausgelöst werden und machen einen großen Teil der Stichprobe in vorliegender Studie aus.

Wir können die Angststörungen nach ICD-10 in phobische Störungen und andere Angststörungen unterteilen. Die phobischen Störungen sind Reaktionen auf ein bestimmtes Objekt oder eine Situation, die Angst hervorruft und vermieden wird um unangenehme Gefühle zu reduzieren. Dem von Phobien Betroffenen hilft dabei auch nicht die Tatsache, dass andere die Situation oder das Objekt als nicht bedrohlich empfinden. Menschen, die Angststörungen haben, empfinden viele vegetative Symptome, die bei dieser Störung im Vordergrund stehen, wie zum Beispiel: Herzklopfen, Erröten, Hände zittern, Schweißausbrüche, Übelkeit, aber auch andere wie die Angst zu sterben, die Angst verrückt zu werden oder, die Kontrolle zu verlieren etc. (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010).

Soziale Phobie

Bei sozialer Phobie, auch „starke Schüchternheit“ genannt, erleben Menschen eine unangemessene und irrationale Angst vor entweder allen sozialen Situationen beziehungsweise Interaktionen mit anderen Menschen oder speziell in Leistungssituationen, wo sie vor anderen sprechen oder sogar schreiben müssen. Die größte Angst bereitet in diesen Situationen, negativ bewertet zu werden, sich falsch zu verhalten (Fehm, 2006, Comer, 2008).

Das Vorkommen von Komorbiditäten ist bei dieser Angststörung besonders hoch, am häufigsten mit affektiven Störungen und Suchtverhalten. Fehm (2006) deutet darauf hin, dass es durch Vermeidungsverhalten und die damit verbundenen Einschränkungen in alltäglichen und beruflichen Aktivitäten zur Entstehung einer depressiven Störung kommen kann. Die Abhängigkeitsprobleme werden oft eine Folge von Bewältigungsversuchen und einer Selbstmedikation.

Panikstörung

Eine Panikstörung ist gekennzeichnet durch wiederkehrende unvorhersehbare, weil nicht an ein bestimmtes Objekt oder Situation gebundene, schwere Angstattacken, die aber ebenfalls bei Konfrontation mit einer angstbeladenen Situation auftreten können. Bei einem Panikanfall, der meistens innerhalb von zehn Minuten seinen Höhepunkt erreicht, treten

einige somatischen Symptome wie Zittern, Schwitzen, Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungs- oder Entfremdungsgefühle auf. Nach einer Panikattacke kommt noch die Angst vor der nächsten dazu oder Besorgnis und ständige Gedanken über eine mögliche Bedeutung des Erlebnisses, wie zum Beispiel, verrückt zu werden oder einen Herzinfarkt zu erleiden. Auch während der Attacke glauben viele Menschen, die Kontrolle über sich zu verlieren, verrückt zu werden oder zu sterben. Eine Panikattacke kann auch bei einer affektiven Störung oder bei Angststörungen vorkommen und wird dann nicht als Hauptdiagnose betrachtet (In- Albon & Margraf, 2006, Comer, 2008, Dilling et al., 2010).

Zwangsstörungen

Nach DSM-IV gehören die Zwangsstörungen zu den Angststörungen, aber ICD-10 klassifiziert sie als eine eigene Untergruppe. Erstens unterschieden werden Zwangsgedanken- wiederkehrende Ideen, Vorstellungen oder Bilder, die von Betroffenen oft als störend, unangenehm und unangemessen erlebt werden, einen Leidensdruck erzeugen und sehr Zeitaufwendig sind. Ähnlich ist das bei Zwangshandlungen, die, wie Rituale, ganz genau und nach bestimmten Regeln ausgeführt werden müssen. Zu den häufigsten gehören: der Waschzwang oder der Kontrollzwang. Sowohl Zwangsgedanken als auch Zwangshandlungen dienen Angstverhinderung oder Angstreduzierung und können getrennt auftreten, bei den meisten Personen jedoch bestimmte Zwangshandlungen als Folge von Zwangsgedanken ausgeführt werden. Sie fallen oft mit depressiven- oder Essstörungen zusammen und kommen bei Frauen und Männern gleich oft vor (Reinecker, 2006, Comer, 2008 Dilling et al., 2010).

Affektive Störungen

Major Depression

Jeder Mensch fühlt sich mehrmals in seinem Leben sehr traurig oder niedergeschlagen.

Depression ist eine dauerhafte, Monate bis Jahre, anhaltende Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Traurigkeit. Birbaumer und Schmiedt (2003) weisen darauf hin, dass eine Depression nach erlebter Hilflosigkeit oder nach Verlust von Bindungen zu einer Person oder Gruppe sich entwickeln kann. Die Prävalenz bei Frauen, zum Beispiel von einer Major Depression, ist doppel so hoch (11.2%) wie bei Männern (5.5%) (Wittchen & Hoyer, 2006). Laut ICD-10 gibt es eine leichte, mittelgradige und schwere depressive Episode, die bereits nach 2 Wochen anhaltender Symptome diagnostiziert werden kann. Bei alle diesen Typen

treten gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebes und erhöhte Ermüdbarkeit auf (Dilling, Mombour & Schmidt, 2010), bei einer Major Depression kommen zusätzlich weitere Symptome hinzu. Die Anforderungen des Alltagslebens scheinen den betroffenen Menschen unerfüllbar zu sein. Die täglichen Aktivitäten werden mit einem enormen Energieaufwand erledigt. Früher als angenehm empfundene und gern gemachte Aktivitäten bereiten keinen Spaß mehr und das Interesse an diesen nimmt ab. Betroffene fühlen oft Ärger, Wut und Angst, beschreiben aber gleichzeitig Gefühllosigkeit, Leere sowie das Fehlen von Antrieb und Spontanität, eine Verminderung der Konzentration und Aufmerksamkeit (Birbaumer & Schmidt, 2003, Beesdo & Wittchen, 2006, Comer, 2008, Dilling et al., 2010). Von Depression betroffene Menschen leben oft in Isolation, brechen Kontakte mit Freunden und der Familie ab und können mit der Zeit ihren beruflichen Pflichten nicht mehr nachgehen, bewegen sich langsam und zögernd oder bleiben im Bett. Sie haben ein negatives Selbstbild, fühlen sich minderwertig, sehen nur pessimistische Zukunft vor sich und beschuldigen sich oft für Ereignisse, mit denen sie nicht in Verbindung stehen. Alle Erfolge hingegen attribuieren sie external (Comer, 2008). Oft wird der Suizid zu einer einzigen wahrgenommenen Möglichkeit, den Schwierigkeiten des Lebens zu entkommen.

Dysthymie

Personen, die über eine längere Zeit - mindestens über zwei Jahre - eine depressive Verstimmung zeigen, die aber nicht so beeinträchtigend und schwer wie eine Major Depression ist, leiden unter einer dysthymen Störung. Zusätzlich haben die Betroffenen noch zwei oder mehr depressive Symptomen. Es kann einige Tage oder sogar Wochen mit besserer Stimmung geben, die dann wieder von der Niedergeschlagenheit unterdrückt wird (Beesdo & Wittchen, 2006, Comer, 2008).

Bipolare affektive Störung

Eine bipolare Störung haben Menschen, die abwechselnd depressive Episoden und gehobene manische Stimmungsphasen erleben und bei denen zwischen den Episoden ist eine deutliche Besserung erkennbar. Die manische Phase, die mindestens eine Woche andauert, ist charakterisiert durch hohe Aktivität, vermehrten Antrieb und expansive Emotionen, in einer schweren Manie kann es sogar zur psychotischen Symptomen wie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen kommen. Die Betroffenen suchen ständig Kontakt

zu anderen, ihre Stimmung entspricht aber nicht der Situation (Comer, 2008, Dilling et al., 2010).

Peerberatung bei *pro mente* Wien

***pro mente* Wien**

pro mente Wien, die Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit, entstand im Jahr 1965 durch die Initiative von Prim. Univ. Doz. Dr. Raoul Schindler, damals unter dem Namen *pro mente infirmis*. Die Idee dahinter war, allen PsychiatriepatientInnen, die das Krankenhaus verlassen wollten, ein Leben außerhalb der Stationswände zu ermöglichen und ihnen dabei eine (psychosoziale) Unterstützung anzubieten, was dem Verein mittels der „Pflegschaftshilfe“ gelang (Pawlowsky, 2007).

Derzeit steht *pro mente* Wien Menschen mit psychischen Störungen in vielfältiger Weise zur Seite als:

*Ein Netz, in das Menschen fallen können, die sonst niemand auffängt:
die so genannten Geisteskranken, die psychisch Kranken, die Psychiatrie-
Erfahrenen, die aus der Hand der Ärzte entlassen werden, aber nicht
wissen, wohin sie gehen sollen. Pro mente ist eine Begleitagentur auf
dem Weg zum Überleben nach der Krise, zur Integration in die
Gesellschaft derer, die sich für normal halten, vielleicht auf dem Weg zur
Heilung (Pawlowsky, 2007, S. 5).*

Heute, nach 46 Jahren, besteht die „Pflegschaftshilfe“ immer noch, jetzt unter dem Namen Sozialbegleitung und als ein Teilbereich der Sozialen Integration. Andere Bereiche sind etwa: die Arbeitsintegration, das Betreute Wohnen, die Atempause, das Atelier Sonnensegel, oder eben die Selbsthilfeorientierte Projektarbeit, die auch in dieser Arbeit evaluiert wurde und im Folgenden genauer beschrieben wird (<http://www.promente-wien.at/index.php/ueber-uns/organisation>). Die KlientInnen des Vereins erhalten Informationen, Beratung und Behandlung beziehungsweise Begleitung in vielen Bereichen ihres Lebens, von der Prävention über Hilfe bei der Alltagsbewältigung und bei Problemen mit/in der Arbeit,

Angebote zur Freizeitgestaltung, Urlaub und Bildung bis zur Rehabilitation. Ein großes Anliegen von pro mente Wien ist die Förderung von Empowerment, sowie die Integration psychisch erkrankter Menschen in den Arbeitsmarkt und deren Inklusion in die Gesellschaft. Es wird auch viel Öffentlichkeitsarbeit geleistet (<http://www.promente-wien.at>).

Selbsthilfeorientierte Projektarbeit

Bereits in Jahr 1990 starteten erste Selbsthilfegruppen im Rahmen von „Selbsthilfeorientierter Projektarbeit“, die im Jahr 2007 um ein neues Projekt - „Betroffene beraten Betroffene“ - für berufs- und arbeitsbezogenen Themen (Pawlowsky, 2007) erweitert wurden. Das Interesse für diese Peerberatung war sehr groß und die vielen Anfragen zur unterschiedlichen Themen führten dazu, dass im Jahr 2010 zusätzlich noch die „Peerberatung“ für nicht-berufsbezogene Anliegen ins Leben gerufen wurde (Wagner & Hopfgartner, 2009).

„Peercoaching“

Das bereits erwähnte Projekt „Betroffene beraten Betroffene“ startete im Februar 2007 mit dem Ziel: „die berufliche Integration oder Erhaltung des Arbeitsplatzes von psychisch erkrankten Menschen.“ (Wagner, Ballauf & Oberenzer, 2008; S. 3). Das vom Bundessozialamt Landesstelle Wien geförderte Projekt beinhaltet die Peerberatung (Peercoaching), das Mentoring und vier berufsbezogenen Selbsthilfegruppen. Um die Ziele und Aufgaben für den Verlauf festzulegen, fanden Begleitgruppen mit den VertreterInnen des Bundessozialamts statt. Gleichzeitig trifft sich – bis heute – regelmäßig eine Steuergruppe, die die Projektleiterin unterstützt.

Genauso wie für professionelle HelferInnen ist es auch für PeerberaterInnen sehr wichtig, auf die eigenen Ressourcen und das eigene Wohlbefinden zu achten. Deshalb, wie auch, um die Qualitätssicherung zu gewährleisten, gibt es außer Supervision und Fortbildung ein Mal im Quartal ein Treffen mit der Projektleiterin, das als Informationsaustausch genutzt werden soll und bei dem alle Wünsche und Anliegen angesprochen, sowie Verbesserungsvorschläge gemeinsam ausgearbeitet werden können (Wagner et al., 2008). Im ersten Projektjahr waren 3 Peerberatungen pro Person vorgesehen, mittlerweile sind bis zu 5 Beratungen à eine Stunde möglich. Die Beratungstermine können entsprechend den Bedürfnissen der KlientInnen entweder wöchentlich stattfinden oder auch nach Bedarf ausgemacht werden (Wagner et al., 2008).

Themen des Peercoachings

Die KlientInnen suchten bis dato meistens Unterstützung betreffs des Erhalts der Arbeitsstelle, beim Wiedereinstieg in den Beruf, bei der Jobsuche beziehungsweise bei, Arbeitslosigkeit.

Die Beratung bewährte sich bereits im Jahr 2007 bei:

- *Orientierungshilfen: bei enormen Ängsten und Ratlosigkeit bei der Umsetzung der Jobsuche (wie und wo soll ich beginnen?)*
- *Hilfestellungen: WiedereinsteigerInnen, die beim Verfassen und/oder bei der formalen und inhaltlichen Gestaltung der Bewerbungsunterlagen sehr unsicher waren*
- *Selbstvertrauensstärkungen: Vorstellungsgesprächen meistern (was ist wenn ich eine Absage bekomme?)*
- *Umschulungsgedanken: die durch die längere Begleitung konkretisiert und eingeleitet werden konnten (welche Umschulung ist die richtige für mich?)* (Wagner et al., 2008, S. 8).

Nach dem ersten Projekt-Jahr 2007 wurden die Probleme der KlientInnen, die Peercoaching aufsuchten, in drei Kategorien eingeteilt:

- Probleme am Arbeitsplatz: Zeit-Leistungsdruck, Angst vor Konflikten, soziale Ängste, Angst vor Misserfolg und zu versagen, Angst vor Jobverlust, beziehungsweise Jobwechsel, arbeitsrelevante familiäre Probleme.
- Probleme beim beruflichen Wiedereinstieg: Angst vor Neuorientierung/Umschulung, Angst vor Bewerbungen und Absagen, Angst, dem Druck im Job nicht stand zu halten, Angst vor Misserfolg und zu versagen, starke soziale Ängste, arbeitsrelevante familiäre Belastungen.
- Probleme arbeitsloser Menschen: starke Depressionen und Ängste, arbeitsrelevante familiäre Belastungen, fehlende Tagesstruktur (Wagner et al., 2008).

In den folgenden Jahren kamen viele Studenten zur Beratung und daraus ergab sich die Notwendigkeit einer weiteren Kategorie:

- Probleme beim Studium: Zeit-Leistungsdruck, starke Ängste, arbeitsrelevante familiäre Belastungen (Wagner & Ballauf, 2009, Wagner & Ballauf, 2010).

Wenn die KlientInnen nach der Peerberatung weitere Unterstützung oder Hilfe brauchen, wird ihnen entweder ein Angebot bei *pro mente* Wien empfohlen oder sie werden an andere Institutionen, wie zum Beispiel WUK-Clearing, IBI, BBRZ etc., verwiesen (Wagner & Ballauf, 2010).

Schulungen und Fortbildungen für PeerberaterInnen

Bevor die Peers andere Betroffene beraten können, erhalten sie eine Basisschulung in Form von drei zweitägigen Blöcken in einer Gruppe mit der weiteren Option falls sich keine Gruppe zusammenstellt, eine Einschulung von der Projektleiterin. Um eine gute Qualität der Beratungen zu gewährleisten, werden ihnen die grundlegenden Beratungstechniken, sowie Informationen über Hilfseinrichtungen und deren Angebote vermittelt.

Aufgrund fehlender strukturierter Qualifizierungsmöglichkeiten ist es für die Betroffenen oft schwer einen anerkannten Status in einer Einrichtung zu erhalten. Die Ausbildung soll einen Beitrag dazu leisten, die Beteiligung Psychiatrie-Erfahrener zu stärken und eine Basis für eine angemessene Anstellung zu erhalten (Schwab, 2009, S. 73).

Danach haben die PeerberaterInnen die Möglichkeit, an zahlreichen Fortbildungsseminaren teilzunehmen. Das Curriculum der Schulungen wird laufend in Zusammenarbeit von PeerberaterInnen und ProfessionalistInnen adaptiert, sodass die Peers das nötige Know-how erhalten, um gut auf den Umgang mit anfallenden Fragestellungen und Problemen bezüglich ihrer beratenden Tätigkeit vorbereitet zu sein. Unter anderen fanden bereits folgende Seminare statt: Möglichkeiten & Optionen der Berufsberatung, Bewerbungscoaching, Burnout, Wege zur persönlichen Vision, Berufliche Rehabilitation und Integration, Umgang mit Ängsten am Arbeitsplatz.

Die Seminare werden von Vertretern verschiedener Berufsgruppen gehalten, unter anderem von Pädagoginnen, (Arbeits-)Psychologinnen, Lebens- und SozialberaterInnen, ÄrztInnen, SoziologInnen, PsychotherapeutInnen (Wagner & Ballauf, 2007; Wagner & Ballauf, 2010).

Ziele der Peerberatung

Ein übergeordnetes Ziel des Peercoachings ist die Integration der KlientInnen in den Arbeitsmarkt. Um dieses Ziel zu erreichen, werden untergeordnete Wirkungsziele, wie die

Arbeitsplatzerlangung und Arbeitsplatzsicherung verfolgt, die natürlich mit der Unterstützung der psychischen und sozialen Gesundheit zusammenhängen. Mittel dazu sind die Erhöhung des Wissensstands und ihrer Handlungskompetenz sowie die Veränderung der Haltung Betroffenen (Bundessozialamt, 2009). Sie sollen ihre Ressourcen, Fähigkeiten, aber auch Grenzen kennenlernen. Sie müssen wissen, welche Möglichkeiten es am Arbeitsmarkt gibt, sowie wo sie AnsprechspartnerInnen für welche Fragestellungen finden können.

Als Subziele der Peerberatung bei *pro mente* Wien wurden genannt:

- *Stabilisierungshilfe (Entlastung durch Gespräch)*
- *Orientierungshilfe (gemeinsames Herausarbeiten des Problems)*
- *Motivation für die Inangriffnahme der eigenen Probleme*
- *Motivation professionelle Hilfe auszusuchen*
- *Einleiten rechtzeitiger Intervention*
- *Präventionsmaßnahme*
- *Vernetzungshilfe (finden des passenden Angebots für das jeweilige Anliegen)*
- *Informationshilfe*
- *Klären, ob Selbsthilfegruppe zweckmäßig und geeignet sind (Wagner, 2009c, S. 7).*

Zielgruppe

Zur Zielgruppe des Peercoachings gehören alle erwachsenen (ab dem 18. Lebensjahr) Menschen mit psychischen Störungen, außer KlientInnen, bei deren Problemen spezielles Wissen und Erfahrung nötig wäre, die die Peers nicht besitzen, wie Personen mit akuten Suchterkrankungen, geistigen Behinderungen, oder Gewalttätige, bei denen Fremd- und/oder Selbstgefährdung besteht sowie Personen mit strafrechtlichen Fragestellungen (Wagner & Ballauf, 2009).

II. Empirischer Teil

Methode und Planung der Untersuchung

Zielsetzung der Untersuchung

Bisherige Untersuchungen zu Peer- Support und Peerberatung beweisen eindeutig, dass eine Begleitung von Personen mit ähnlichen Erfahrungen Vorteile mit sich bringt (z.B. Sherman et al., 1998, Sells et al., 2006, Rummel-Kluge et al., 2008). *Pro mente* Wien gibt den Ratsuchenden eine Möglichkeit andere Personen zu treffen, die mit ähnlichen oder sogar gleichen Problemen am Arbeitsplatz zu kämpfen haben beziehungsweise aufgrund der Arbeitsbedingungen in psychische Krisen geraten. In vorliegender Evaluation des arbeitsbezogenen Projekts „Peercoaching“ wird ersucht zu überprüfen, ob die niederschwellige Beratung die anstrebenden Ziele erreicht und zur Verbesserung der psychischen Gesundheit beitragen kann. Ein Fragebogen wurde den KlientInnen zweimal vorgelegt, einmal vor der ersten Peerberatung und dann nach der letzten Stunde, damit die Veränderungen in den interessanten Dimensionen erfasst werden können.

Angedacht war auch die Untersuchung der Selbsthilfegruppen in dem berufsbezogenen Projekt. Sie sind eingeteilt nach der Problemstellung in: Angst und Depression, Burnout, Junge Leute. Die Gruppen sollten zum ersten Mal im April 2010 einen Fragebogen ausfüllen und nach einem halben Jahr noch einmal um die mögliche Wirkung zu erfassen. Die Einstellung zu der Untersuchung sollte im Juni 2010 durch eine schriftliche Bitte von Geschäftsführung um die Teilnahme an der Studie (siehe Anhang) verbessert werden. Trotzdem füllten zum ersten Messzeitpunkt zu wenige Personen die Fragebögen aus, so dass dieser Teil der Studie nicht weitergeführt werden konnte.

Durchführung der Untersuchung

Untersuchungsinstrumente

Für diese Untersuchung wurde ein Fragebogen aus mehreren Teilen zusammengesetzt, die die jeweiligen Dimensionen der Fragestellung erfassen sollen. Nach einer kurzen Erklärung des Zwecks der Studie beginnt der erste Teil des Fragebogens mit der Erfragung der soziodemographischen Daten: Alter, Geschlecht, Familienstand, höchste abgeschlossene Ausbildung, Beruf und Einkommen. Außerdem beinhaltet der Fragebogen die Befindlichkeitsskala (Bf-S) von Zerssen (1976), den Erholungs-Belastung-Fragebogen (EBF) von Kallus (1995), Selbstwirksamkeitsskala (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1999) und

den Fragebogen zu Lebenszielen und Lebenszufriedenheit (FLL) von Kraak und Nord-Rüdiger (1989).

In der Vorbereitungsphase wurde ein längerer Fragebogen aus noch weiteren, für die Untersuchung, wichtigen Teilen zusammengestellt. Er war auch für die Erhebung in den Selbsthilfegruppen gedacht und hat beinhaltet: Beck-Depressionsinventar von Beck, Steer & Hautzinger (2001), NEO-PI-R nach Costa und McCrae eine Kurzversion mit 25 Items (revidierte Fassung, Ostendorf & Angleitner, 2004), Wiener Selbstwerttest in der gekürzten Fassung von Herkner (1994), und eine Kurzversion von Interaktions-Angst-Fragebogen nach Becker (1997). Leider hat sich der längere Fragebogen im Laufe der Erhebung für die KlientInnen als kognitiv zu anstrengend erwiesen (Aufmerksamkeit und Konzentration, sowie Motivation), wurde mehrmals wegen seiner Länge abgelehnt. Aus diesen Gründen war es nötig auf die kürzere Version des Fragebogens zu reduzieren.

Befindlichkeits-Skala (Bf-S)

Die Befindlichkeits-Skala von Zerssen und Koeller (1976) ist eine der Klinischen Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S) und gehört zu den allgemeinen störungsübergreifend einsetzbaren Verfahren. Sie gibt anhand von einer Selbstbeschreibung Befindlichkeitsänderungen wider. Sie eignet sich besonders für diese Untersuchung, weil sie unter anderem bei Überprüfung Behandlungs-/ Interventionswirkung bei Menschen mit psychischen Störungen aber auch bei gesunden ProbandInnen zwischen 20 und 64 Jahren verwendet werden kann. Außerdem beträgt die Bearbeitungsdauer bei gesunden ProbandInnen meistens 1 bis 3 und bei Menschen mit psychischen Störungen kann 1 bis 4 Minuten dauern. Sie hat eine hohe Reliabilität, Cronbach's Alpha von $\alpha=.91$. In dieser Studie wurden eine der zwei möglichen Versionen Bf-S verwendet. Sie beinhaltet 28 Items, die als Gegensatzpaare konzipiert sind, sowie eine „weder-noch“ Antwortmöglichkeit (<http://www.hogrefe.de/programm/media/catalog/Book/978-3-8017-1752-0 lese.pdf>).

Beispielitems:

„matt-frisch“ oder „scheu-zugänglich“

Erholungs–Belastungs–Fragebogen (EBF)

Erholungs-Belastungs-Fragebogen von Kallus (1995) erfasst den Erholungs-Beanspruchungs-Zustand, das heißt die momentane Erholung und Beanspruchung in den letzten Tagen. Er basiert an Modellen der Stressforschung.

In dieser Untersuchung wurde eine Kurzversion mit 25 Items verwendet, die belastende Situationen und Erholungsaktivitäten beschreiben. Bei der Antwort soll es an den letzten drei Tagen und Nächten gedacht werden und es gibt 7 Antwortmöglichkeiten von „nie“ bis „immerzu“.

Der Fragebogen kann auch als Verlaufs- und Erfolgskontrolle bei Interventionen in einer klinischen Stichprobe vorgegeben werden. die Bearbeitungsdauer beträgt 4 bis 5 Minuten. Die Innere Konsistenz beträgt zwischen $\alpha=.90$ und $\alpha=.70$.

(Kallus, (1995); <http://www.schuhfried.at/wiener-testsystem-wts/alle-testverfahren-von-a-z/test/ebf-erholungs-belastungs-fragebogen/>).

Beispielsitem:

„In den Letzten drei Tagen und Nächten habe ich mich körperlich entspannt gefühlt“

Selbstwirksamkeitsskala (SWE)

Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) von Schwarzer und Jerusalem aus den Jahr 1999 wird bei Jugendlichen und Erwachsenen bis ins hohe Alter vorgegeben. Sie basiert auf dem Konzept „self-efficacy“ und sozialkognitiven Theorie von Bandura (1977, 1997) und erfasst die subjektive Überzeugung, Schwierigkeiten oder unvorhersehbare Anforderungen selbst lösen zu können. Seit ihrer Revidierung 1981 besteht aus 10 Items und gibt vier Antwortmöglichkeiten von „stimmt nicht“ bis „stimmt genau“ vor.

Die Skala wurde bereits in 27 Sprachen übersetzt und ein Vergleich in deutschsprachigem Raum ergab eine hohe innere Konsistenz mit α zwischen .80 und .90. Es gibt Studien zur Validität, in derer positive Zusammenhänge mit Optimismus und Arbeitszufriedenheit und negative zum Ängstlichkeit, Depressivität, Burnout etc. gefunden wurden (Schwarzer & Jerusalem, 1999; http://zpidu14.uni-trier.de/pub/tests/pt_1003t.pdf, Zugriff am 30.07.2011).

Beispielsitem:

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

Fragebogen zu Lebenszielen und Lebenszufriedenheit (FLL)

Fragebogen zu Lebenszielen und Lebenszufriedenheit von Kraak und Nord-Rüdiger (1989) findet in allen Altersgruppen seine Anwendung. Es wurden zu den wichtigsten Lebenszielen, in dieser Studie, 19 Bereiche aus 15 Themengebiete ausgewählt. Zu jedem einzelnen Bereich wurden jeweils 5 Fragen gestellt:

- Wie wichtig sind diese Ziele für mich?
- Inwieweit sind diese Ziele bei mir gegeben?
- Wie viel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?
- Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?
- Wie zufrieden bin ich mit den einzelnen Bereichen meines Lebens?

Damit kann unter anderem eine subjektive Einschätzung von Erwartungen, Vorstellungen, Einschätzung der Zukunft, soziale oder finanzielle Interessen und Zufriedenheit mit denen erfasst werden, also die Selbst und Weltanschauung einer Person. Die Antwortmöglichkeiten sind für Subskalen unterschiedlich von 4 bis 7 stufige Ordinalskalen. Die Bearbeitungsdauer liegt bei der Kurzform bei ca. 7 bis 10 Minuten, da ist auch die Aufmerksamkeit beansprucht, da sich über die 5 Fragen dieselben Bereiche wiederholen.

Beispiels Bereiche:

Gesundheit, wirtschaftliche Sicherheit, Sicherheit von Arbeitslosigkeit, mich für andere Menschen einsetzen, gute Arbeitsbedingungen, beruflich erfolgreich sein, geliebt werden, ein gutes Zusammenleben in der Familie, persönliche Entwicklung etc.

Fragestellungen und Hypothesen

Die Studie des „Peercoachings“ bemüht sich folgenden Fragen zu beantworten:

- Bewirkt Peer Coaching eine Erhöhung der Befindlichkeit?
- Verbessert sich den momentaner Erholungs-Beanspruchungs-Zustand?

- Erhöht die Selbstwirksamkeit?
- Verändert sich die Wichtigkeit der persönlichen Ziele?
- Beeinflusst die Erreichbarkeit der Ziele? (inwieweit gegeben)
- Steigt die Zufriedenheit mit den persönlichen Zielen?
- Gibt es Geschlechtsunterschiede in oben genannten Dimensionen?
- Hat das Einkommen einen Einfluss auf die Effekte der Peerberatung?
- Profitieren Arbeitssuchende und berufstätige Personen gleich von der Beratung?

Hypothesen

Aus den Forschungsfragen wurden folgende Hypothesen abgeleitet, die dann in Rahmen der statistischen Datenanalyse überprüft worden sind.

Es wird zwischen zwei Arten von Hypothesen unterschieden Nullhypothese (H0) die besagt, dass die Voraussetzung einer Alternativhypothese nicht zutrifft, und einer Alternativhypothese (H1), die eigentlich in der Untersuchung überprüft wird.

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen in ihrer Befindlichkeit.

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen in ihrem Erholungs-Beanspruchungszustand.

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen in ihrer Selbstwirksamkeit.

Hypothesen bezüglich der Lebensziele und Zufriedenheit (FLL)

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen in Hinblick auf die Wichtigkeit der Ziele.

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen bezüglich der Frage: Inwieweit sind diese Ziele bei mir gegeben?

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen bezüglich der Frage: Wie viel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen bezüglich der Frage: Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen bezüglich der Frage: Wie zufrieden bin ich mit den einzelnen Bereichen meines Lebens?

Weitere Hypothesen

H1: Es gibt Unterschiede in den Veränderungen der Dimensionen in Bezug auf den Familienstand.

H1: Die Stichprobe von den TeilnehmerInnen, die in einer Beziehung leben unterscheiden sich von denen die derzeit nicht in einer Beziehung sind bezüglich der erhobenen Dimensionen.

H1: Es gibt Unterschiede in den Differenzen der Dimensionen in Bezug auf die Fragestellung.

H1: Es gibt Unterschiede in den Differenzen der Dimensionen bzgl. des Berufes.

H1: Es gibt Unterschiede in den Veränderungen der Dimensionen zwischen der Arbeitssuchenden und Berufstätigen.

H1: Es gibt Unterschiede in den Werten der Dimensionen zwischen der Arbeitssuchenden und Berufstätigen zum zweiten Messzeitpunkt.

H1: Es gibt Unterschiede in den Veränderungen durch die Peerberatung in Bezug auf die Ausbildung.

H1: Es gibt Unterschiede in den Veränderungen der Dimensionen in Bezug auf das monatliche Nettoeinkommen.

H1: Es gibt Unterschiede in den Veränderungen der Werte zum zweiten Messzeitpunkt (nach der Peerberatung) in Bezug auf das monatliche Nettoeinkommen.

H1: Es gibt Geschlechtsunterschiede in den Veränderungen der Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, Erholung-Belastung, Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit.

H1: Frauen und Männer unterscheiden sich in ihren Werten in Dimensionen: Befindlichkeit, Erholung-Belastung, Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit zum zweiten Messzeitpunkt (nach der Peerberatung).

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Versuchspersonen und den Veränderungen der Ergebnisse.

Statistische Auswertung

Die Daten wurden mit dem Datenanalyse Softwareprogramm SPSS 16.0 gerechnet. Für die Berechnung der Mittelwertunterschiede bei Messwiederholung wurde der t -Test für abhängige Stichproben angewendet. Für Mittelwertunterschiede von zwei unterschiedlichen Gruppen (zum Beispiel Frauen und Männer) wurde der t -Test für unabhängige Stichproben gerechnet. Für diese Verfahren wurden auch die Voraussetzungen erfüllt, d.h. intervallskalierte Daten, eine Normalverteilung der Variablen in den Stichproben wurde mit Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft. Die Feststellung von Unterschieden zwischen mehreren Gruppen wurde die einfaktorielle Varianzanalyse genutzt, hier wurde zusätzlich die Varianzhomogenität der Stichproben mit dem Levene-Test überprüft werden. In einem Fall fiel der Test signifikant aus und deshalb musste das Ergebnis für heterogene Varianzen angenommen werden. Bei signifikanten Unterschieden zwischen mehreren Gruppen, wurde Post-Hoc Test nach Bonferroni gerechnet. Es wurde Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% gewählt.

Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe besteht von KlientInnen des „Peercoachings“ bei *pro mente* Wien. Die Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie wurden gleich den Ausschlusskriterien des Projekts gesetzt. Es waren also Erwachsene (ab dem 18. Lebensjahr) mit psychischen Störungen, außer KlientInnen bei deren Problemen spezielles Wissen und Erfahrung nötig wäre, die die Peers nicht besitzen:

- Personen mit akuten Suchterkrankungen,
- Personen mit einer geistigen Behinderungen,
- Gewalttätige Personen,
- bei denen Fremd- und/oder Selbstgefährdung besteht,
- Personen mit strafrechtlichen Fragestellungen.

Erhebung der Daten mit oben beschriebenen Fragebogen erfolgte in Zeitraum von April 2010 bis Juni 2011. Die Stichprobe besteht aus 49 Personen die korrekt den vorgegebenen Fragebogen ausfüllten. Die einzelnen nicht beantworteten Items, wurden, wie vom Bortz (2005) bei Messwiederholungen mit jeweiligen Stichprobenmittelwerten vorgeschlagen, ersetzt, um die gleich große Stichproben zu behalten.

Deskriptivstatistik

Soziodemographische Merkmale

Alter

Die Häufigkeitsverteilung des Lebensalters in der Stichprobe kann aus der Abbildung 1
ersehen werden. Die Spannweite erstreckt sich von 21 Jahren bis 58 Jahren.

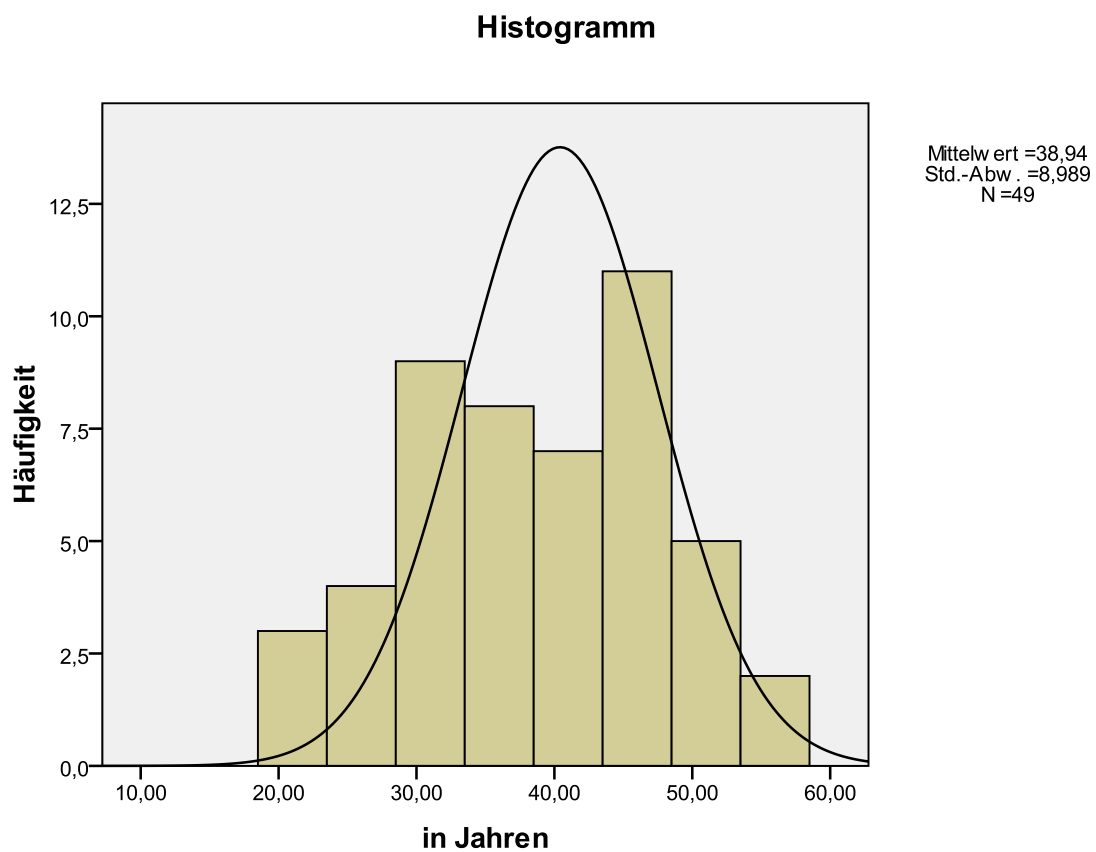


Abbildung 1. Häufigkeitsverteilung des Lebensalters

Das durchschnittliche Lebensalter in der Gesamtstichprobe (N = 49) beträgt 38.94 Jahre (SD=8.99), Median beträgt 40.00.

Geschlecht

An der Untersuchung nahmen 35 Frauen (71,4%) und 14 Männer (28,6%) teil.

Tabelle 1. Geschlechterverteilung in der Stichprobe.

<i>Geschlecht</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozente</i>
<i>weiblich</i>	35	71.4
<i>männlich</i>	14	28.6
<i>gesamt</i>	49	100

Höchste abgeschlossenen Ausbildung

Die Abbildung 2 gibt eine Übersicht über die höchste abgeschlossene Ausbildung der TeilnehmerInnen. Aus ihr wird ersichtlich, dass die meisten TeilnehmerInnen mit 49 % eine höhere Ausbildung haben, dann mit 13 % Matura (AHS oder HTL), 11 % hat eine Lehre und 2 % eine andere Ausbildung.



Abbildung 2. Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung

Familienstand

In der Stichprobe sind 23 (46.9%) ledige Personen, 10 Personen (20.4%) gaben verheiratet an, gefolgt von 9 geschiedenen (18.4%) und die wenigsten leben in einer Partnerschaft – 7 Personen (14.3%).

Tabelle 2. Familienstand in der Stichprobe.

<i>Familienstand</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozente</i>
ledig	23	46.9
verheiratet	10	20.4
geschieden	9	18.4
lebt in Partnerschaft	7	14.3
gesamt	49	100

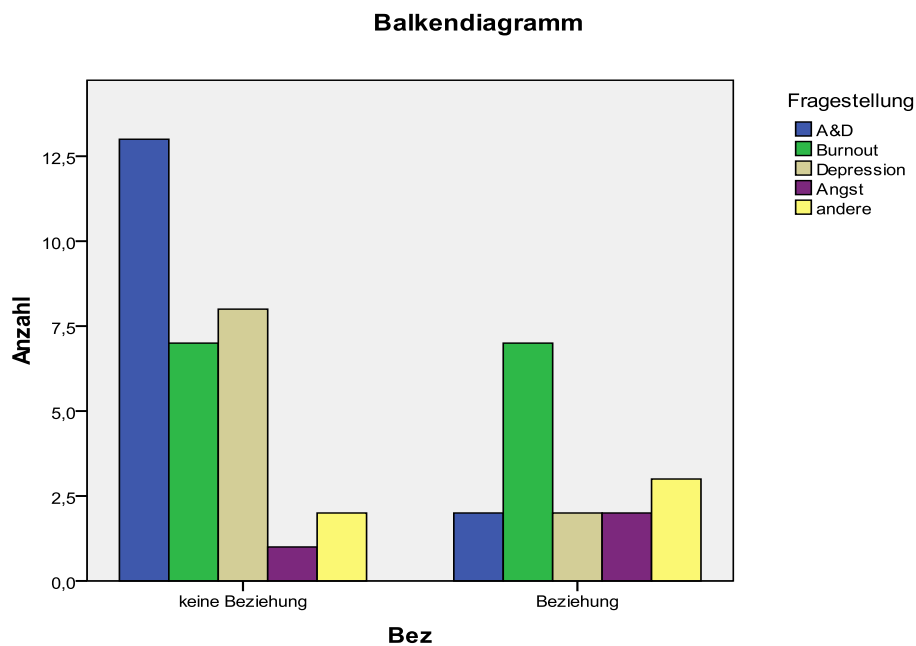
Beziehung

Personen, die in einer Beziehung leben, sind die verheirateten TeilnehmerInnen und die, die in einer Partnerschaft leben, sie machen insgesamt 34.7% der Stichprobe aus. Die meisten ProbandInnen leben derzeit nicht in einer Beziehung, das heißt sind ledig oder geschieden (65.3%) (Tabelle3).

Von den Personen, die in einer Beziehung leben, gaben die meisten an, wegen Burnout (43.8%) in die Beratung zu kommen, weitere Fragestellungen wurden von jeweils 12.5% vertreten (Angst & Depression, Depression, Angst). Unter den TeilnehmerInnen, die sich gerade in keiner Beziehung befanden, war das meist angegebene Problem: Angst und Depression (41.9%) und Depressionen (25.8%) an der zweiten Stelle, dann Burnout (22.6%) (Abbildung 3).

Tabelle 3. Beziehung in der Stichprobe.

<i>Beziehung ja/nein</i>	<i>A&D</i>	<i>Burnout</i>	<i>Depression</i>	<i>Angst</i>	<i>andere</i>	<i>gesamt</i>
Beziehung	13	7	8	1	2	31
Keine Beziehung	2	7	2	2	3	16
gesamt	15	14	10	3	5	47



*Abbildung 3. Verteilung Fragestellung*Beziehung*

Beruf bzw. zuletzt ausgeübter Beruf

Wie aus der unten angeführten Tabelle 4 ersichtlich ist, die TeilnehmerInnen kommen aus unterschiedlichen Berufen. Die größte Gruppe von 22 Personen (44,9 %) repräsentieren kaufmännische Berufe, in Bildungsbereich sind/waren 9 Personen (18,4 %) tätig, gefolgt von technischen Berufen mit 8 Personen (16,3 %). Im Sozial- und Gesundheitswesen sind 5 Personen (10,2 %), 2 TeilnehmerInnen (4,1 %) gehören jeweils zur Gruppe Kunst und Studium und 1 Person ist im Bereich EDV tätig.

Tabelle 4. Berufsgruppen in der Stichprobe.

<i>Berufsgruppe</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozente</i>
<i>Technische B.</i>	8	16.3
<i>Soziales und Gesundheitswesen</i>	5	10.2
<i>Bildung</i>	9	18.4
<i>Kaufmännische B.</i>	22	44.9
<i>EDV</i>	1	2.0
<i>Kunst</i>	2	4.1
<i>Studium</i>	2	4.1
<i>gesamt</i>	49	100

Einkommen

Das Monatsnettoeinkommen ist ziemlich gleich aufgeteilt in der Gruppe. 24 Personen haben bis zu 1000 Euro im Monat zur Verfügung und 25 Personen haben mehr als 1000 Euro (Tabelle 5).

Tabelle 5. Verteilung des Monatsnettoeinkommens.

	Häufigkeiten	Prozente
bis 1000 Euro	24	49
über 1000 Euro	25	51

Erwerbsstatus

25 Personen von der Gesamtstichprobe (51 %) sind arbeitssuchend, 19 Personen (38,8 %) sind berufstätig und 5 (10,2 %) studieren (Abbildung 4).

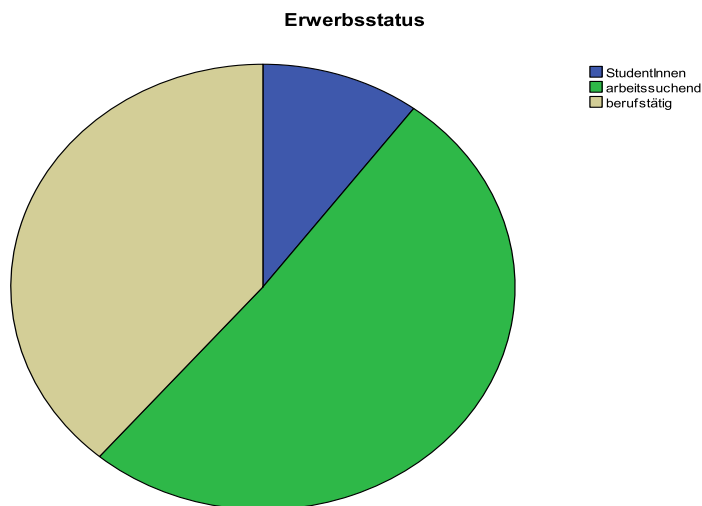


Abbildung 4. Verteilung des Erwerbsstatus in der Gesamtstichprobe.

Fragestellung

Aus der Abbildung 5 ist es ersichtlich, dass die meisten TeilnehmerInnen 15 Personen (30,6 %) suchten die Peerberatung wegen Angst und Depression aus, die zweitgrößte Gruppe mit 14 Personen (28,6 %) kam wegen Burnout in die Beratung, 10 Personen (20,4 %) hatten Depressionen, 3 Personen (6,1 %) zeigten Angststörungen und 5 Personen (10,2 %) machen

die Kategorie „andere“ aus, weil sie eine andere psychische Diagnose, wie Zwangsstörung, Borderline Persönlichkeitsstörung oder bipolare Störung angaben.

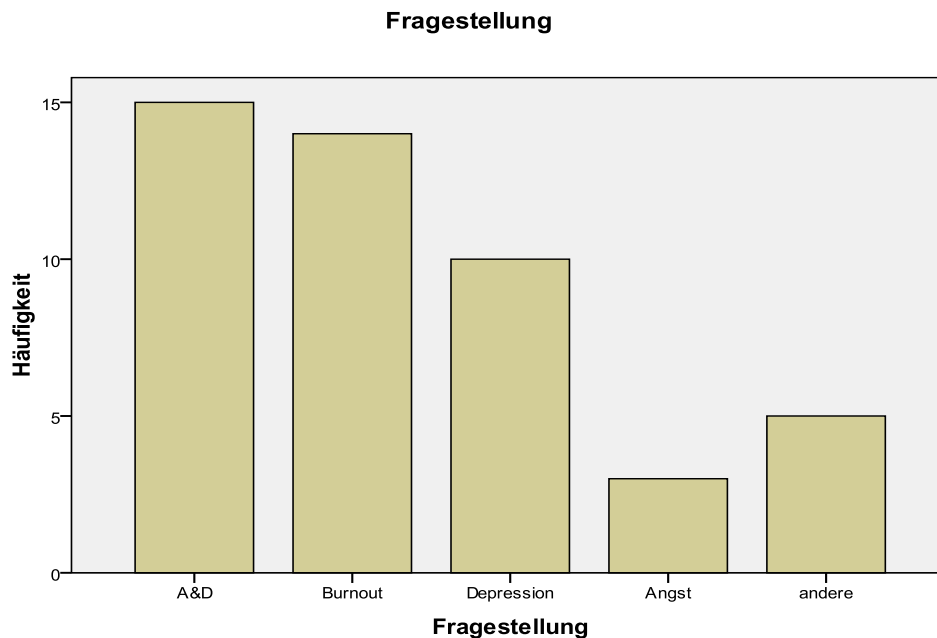


Abbildung 5. Verteilung der Fragestellungen im Peercoaching.

Erwerbsstatus und Fragestellung

Die Tabelle 6 zeigt, dass einen Zusammenhang zwischen dem Erwerbsstatus und der Fragestellung besteht.

Tabelle 6. Kreuztabelle Erwerbsstatus*Fragestellung.

	A&D	Burnout	Depression	Angst	andere	gesamt
StudentInnen	2	1	1	1	0	5
arbeitssuchend	11	5	6	1	0	23
berufstätig	2	8	3	1	5	19
gesamt	15	14	10	3	5	47

Inferenzstatistik

Testergebnisse

Hypothesenprüfung bezüglich Veränderung der erhobenen Dimensionen: Befindlichkeit (BfS), Erholung und Belastung (EBF), Selbstwirksamkeit (SWE) und Zufriedenheit mit persönlichen Zielen (FLL) vor und nach der Peerberatung.

Zur Überprüfung dieser Hypothesen wurde der *t*-Test für abhängige Stichproben (Messwiederholung) verwendet, um die Veränderung zwischen dem ersten und dem zweiten Messzeitpunkt zu untersuchen. Zuerst musste die Normalverteilung der Variablen mittels des Kolmogorov-Smirnov-Test geprüft werden.

Tabelle 7. Normalverteilung der Stichproben zum ersten Messzeitpunkt.

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest								
	SUM.T. BfS	SUM.EB F.T	SUM.T.S WE	Sum.T.F LL4	Sum.T.F LL5	Sum.T.F LL6	Sum.T.F LL7	SUM.T.F LL8
N	49	49	49	49	49	49	49	49
Parameter der Mittelwert	44,8571	86,1322	20,4822	71,1837	45,3708	62,1269	51,0204	57,1076
Normalverteilung ^{a, b} Standardabweichung	11,00379	18,88920	5,98495	9,90091	11,41340	10,73379	11,15514	16,53193
Extremste Absolut	,153	,093	,073	,086	,124	,091	,106	,108
Differenzen Positiv	,153	,093	,073	,067	,107	,074	,084	,078
Negativ	-,088	-,051	-,058	-,086	-,124	-,091	-,106	-,108
Kolmogorov-Smirnov-Z	1,068	,653	,514	,603	,869	,636	,745	,755
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,204	,788	,955	,860	,437	,813	,636	,619

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Tabelle 8. Normalverteilung zum zweiten Messzeitpunkt.

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest								
	SUM.Z. BfS	SUM.Z. EBF	SUM.Z.S WE	SUM.Z.F LL4	SUM.Z.F LL5	SUM.Z.F LL6	SUM.Z.F LL7	SUM.Z.F LL8
N	49	49	49	49	49	49	49	49
Parameter der Mittelwert	55,7347	102,864	23,6122	73,1841	51,2759	68,8776	59,0000	68,9678
Normalverteilung		3						
ng ^{a,b} Standardabweichung	10,7718	18,7928	5,48413	9,51199	10,80218	10,01589	9,59601	17,18374
	3	4						
Extremste Absolut	,098	,105	,120	,127	,082	,068	,088	,078
Differenzen Positiv	,049	,053	,071	,095	,082	,068	,088	,065
Negativ	-,098	-,105	-,120	-,127	-,056	-,065	-,072	-,078
Kolmogorov-Smirnov-Z	,684	,733	,840	,887	,574	,473	,614	,544
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	,737	,657	,480	,411	,897	,978	,845	,929

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Wie es aus Tabellen 7 und 8 ersichtlich ist, zeigen alle Stichproben in Hinblick auf die erhobenen Dimensionen sowohl zum ersten wie auch zum zweiten Messzeitpunkt eine Normalverteilung (Kolmogorov–Smirnov–Test: nicht signifikant). Damit sind die Voraussetzungen für den *t*-Test gegeben.

Tabelle 9. t-Tests für abhängige Stichproben: alle Dimensionen.

Dimension	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Befindlichkeit	-5.787	48	.000
Erholung-Belastung	-4.572	48	.000
Selbstwirksamkeit	-3.569	48	.001
Zufriedenheit-Wichtigkeit der Ziele	-1.812	48	.076
Zufriedenheit- Vorkommen d. Ziele	-3.519	48	.001
Zufriedenheit-wie viel kann ich selbst tun	-4.494	48	.000
Zufriedenheit-absehbare Zukunft	-5.116	48	.000
Zufriedenheit mit den Zielen	-4.262	48	.000

Überprüfung der Hypothese zur Befindlichkeit

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen in ihrer Befindlichkeit.

Die Hypothese wird beibehalten, da sich ein signifikantes Ergebnis zeigte ($t(48) = -5.79$, $p = .000$). Im ersten Messzeitpunkt fiel der Mittelwert kleiner ($M = 44.86$, $SD = 11.00$) als zum zweiten ($M = 55.73$, $SD = 10.77$) Messzeitpunkt aus.

Hypothesenprüfung bezüglich der Erholung und Belastung

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen in ihrer Erholung und Belastung.

In der Subskala Erholung-Belastung sind die Mittelwerte von erstem ($M = 86.13$, $SD = 18.89$) zum zweiten ($M = 102.86$, $SD = 18.79$) Messzeitpunkt gestiegen. Der Unterschied ist hoch signifikant mit $t(48) = -4.57$, $p = .000$ (Tabelle 9).

Hypothesenprüfung bezüglich der Selbstwirksamkeit

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen in ihrer Selbstwirksamkeit.

Das Ergebnis des t-Tests für abhängige Stichproben (vor und nach der Peerberatung) für Selbstwirksamkeit ist hoch signifikant $t(48) = -3.57$, $p = 0.001$. Der Mittelwerte der Selbstwirksamkeit stiegen vom ersten ($M = 20.48$, $SD = 5.98$) zum zweiten ($M = 23.61$, $SD = 5.48$) Messzeitpunkt auf (Tabelle 9).

Hypothesenprüfung bezüglich der Lebensziele und Zufriedenheit (FLL)

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen in Hinblick auf die Wichtigkeit der Ziele.

Der Mittelwert im Bereich: Zufriedenheit-Wichtigkeit der Ziele stieg zwar vom ersten ($M=71.18$, $SD= 9.90$) zum zweiten ($M= 73.18$ $SD=9.51$) Messzeitpunkt, allerdings ist das Ergebnis im t-Test für abhängige Stichproben (vor und nach der Peerberatung) nicht signifikant. Es lässt sich jedoch eine Tendenz erkennen $t(48)=-1.81$, $p=.076$ und es könnte sich bei einer größeren Stichprobe noch als signifikant ergeben (Tabelle 9).

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen bezüglich der Frage: Inwieweit sind diese Ziele bei mir gegeben?

Ebenso im Bereich Zufriedenheit- inwieweit sind die Ziele bei mir gegeben- stieg der Mittelwert vom ersten ($M=45.37$, $SD= 11,41$) zugunsten des zweiten ($M= 51.28$ $SD=10.80$) Messzeitpunktes, und erweist sich ein hoch signifikantes Ergebnis $t(48)=-3.52$, $p=.001$ (Tabelle 9).

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen bezüglich der Frage: Wie viel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?

Im Vergleich der Stichprobe vor der Beratung ($M=62,13$, $SD= 10,73$) und nach der Beratung ($M= 68,88$, $SD=10,02$) ergibt ein hoch signifikantes Ergebnis in der Subskala: Zufriedenheit- wie viel kann ich selbst dazu tun ($t(48)= -4.49$, $p=.000$) (Tabelle 9).

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen bezüglich der Frage: Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?

Der Mittelwert im Bereich Zufriedenheit- absehbare Zukunft- stieg auch von erstem ($M=51,02$, $SD= 11,16$) zum zweiten ($M= 59,00$, $SD=9,60$) Messzeitpunkt. Die Stichproben vor und nach der Peerberatung unterscheiden sich signifikant voneinander $t(48)= -5.12$, $p= .000$ (Tabelle 9).

H1: Es gibt eine Veränderung nach der Peerberatung bei den Versuchspersonen bezüglich der Frage: Wie zufrieden bin ich mit den einzelnen Bereichen meines Lebens?

Der Mittelwert des Bereichs Zufriedenheit mit den persönlichen Zielen stieg von erstem (M=57,10, SD= 16,53) zum zweiten (M= 68,97, SD=17,18) Messzeitpunkt. Im t-Test für abhängige Stichproben (vor und nach der Peerberatung) zeigt sich ein hoch signifikantes Ergebnis $t(48) = -4.26, p = .000$ (Tabelle 9).

Hypothesenprüfung bezüglich Veränderungen vor und nach der Peerberatung sowie ein Vergleich der Werte zum zweiten Messzeitpunkt in den erhobenen Dimensionen: Befindlichkeit (BfS), Erholung und Belastung (EBF), Selbstwirksamkeit (SWE) und Zufriedenheit mit persönlichen Zielen (FLL).

Tabelle 10. Überprüfung der Normalverteilung der Differenzen.

Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest									
				Dif.SW	Dif.FLL				
		Dif.BfS	Dif.EBF	E	4	Dif.FLL5	Dif.FLL6	Dif.FLL7	Dif.FLL8
N		49	49	49	49	49	49	49	49
Parameter der	Mittelwert	10,8776	16,7320	3,1300	2,0004	5,9051	6,7506	7,9796	11,8602
Normalverteilung ^a	Standardabweichu	13,1587	25,6200	6,1391	7,7257	11,7456	10,5153	10,9191	19,4810
„b	ng	0	7	7	7	9	3	9	7
Extremste	Absolut	,104	,093	,144	,119	,144	,103	,106	,109
Differenzen	Positiv	,095	,093	,144	,116	,144	,103	,104	,109
	Negativ	-,104	-,079	-,093	-,119	-,102	-,062	-,106	-,070
Kolmogorov-Smirnov-Z		,728	,654	1,011	,830	1,005	,719	,740	,766
Asymptotische Signifikanz (2-seitig)		,664	,785	,258	,496	,265	,679	,644	,600

a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.

b. Aus den Daten berechnet.

Anhand Tabelle 10 kann festgestellt werden, dass alle Differenzen normalverteilt sind und die Werte der Veränderungen in weiteren statistischen Verfahren: t-Test und einfaktorielle Varianzanalyse eingesetzt werden können.

Familienstand

H1: Es gibt Unterschiede in den Veränderungen der Dimensionen in Bezug auf den Familienstand.

Tabelle 11. Einfaktorielle Varianzanalyse: Familienstand.

Differenzen der einzelnen Dimensionen	F	df1	df2	Signifikanz
Befindlichkeit	1.44	3	45	.24
Erholung-Belastung	2.05	3	45	.12
Selbstwirksamkeit	.30	3	45	.83
Zufriedenheit-Wichtigkeit der Ziele	.09	3	45	.96
Zufriedenheit- Vorkommen d. Ziele	.09	3	45	.96
Zufriedenheit-wie viel kann ich selbst tun	1.71	3	45	.18
Zufriedenheit-absehbare Zukunft	4.18	3	45	.01
Zufriedenheit mit d. Zielen	.59	3	45	.63

Wie aus der Tabelle 11 abzulesen ist, die Stichproben unterscheiden sich bis auf eine Dimension nicht signifikant voneinander. Ein signifikantes Ergebnis ($F(3,45)=4.18, p=.01$) erwies sich nur in Bezug auf die Frage zur Zufriedenheit: meine absehbare Zukunft. In Bonferroni Post hoc Test zeigte sich, dass die geschiedenen ProbandInnen sich signifikant ($p=.045$) von in Partnerschaft lebenden ProbandInnen unterscheiden. Auch zwischen den verheirateten und geschiedenen TeilnehmerInnen lässt sich ein Trend erkennen, da Bonferroni Test einen knapp nicht signifikanten Unterschied zeigt mit $p=.075$ (siehe Tabelle I. im Anhang).

Beziehung

H1: Die Stichprobe der TeilnehmerInnen, die in einer Beziehung leben unterscheidet sich von denen, die derzeit nicht in einer Beziehung sind bezüglich der erhobenen Dimensionen.

Tabelle 12. t-Test für unabhängige Stichproben: Beziehung.

Dimension	T	df	Signifikanz (2-seitig)
<i>Befindlichkeit</i>	.66	47	.51
<i>Erholung-Belastung</i>	-2.22	47	.031
<i>Selbstwirksamkeit</i>	-.79	47	.44
<i>Zufriedenheit-Wichtigkeit der Ziele</i>	.08	47	.94
<i>Zufriedenheit- Vorkommen d. Ziele</i>	-.04	47	.97
<i>Zufriedenheit-wie viel kann ich selbst tun</i>	-2.03	47	.048
<i>Zufriedenheit-absehbare Zukunft</i>	-3.41	47	.001
<i>Zufriedenheit mit den Zielen</i>	-1.34	47	.19

TeilnehmerInnen, die in einer Beziehung leben, erzielen größere Differenzen im Bereich Erholung-Belastung ($M=27.44$, $SD=24.03$) als Personen, die zur Zeit der Erhebung nicht in einer Beziehung sind ($M=11.04$, $SD=24.94$), daher ergibt sich ein signifikanter Unterschied im t-Test für unabhängige Stichproben ($t(47)=-2.22$, $p=.031$). Auch deutlich unterscheiden sich die zwei Stichproben in Bezug auf Zufriedenheit: wie viel kann ich selbst tun ($t(47)=-2.03$, $p=.048$), wo ProbandInnen in einer Beziehung ($M=10.80$, $SD=10.95$) höhere Differenzen erreichen als ProbandInnen, die nicht in einer Beziehung leben ($M=4.60$, $SD=9.77$). Ein drittes signifikantes Ergebnis fällt auch besser für die Personen in einer Beziehung ($M=16.94$, $SD=16.38$) aus als für die Personen, die sich derzeit keine Beziehung führen ($M=9.16$, $SD=16.38$), hier zeigt sich der Unterschied signifikant mit $t(40.67)=-3.41$, $p=.001$ (Tabelle 12).

Fragestellung

H1: Es gibt Unterschiede in den Differenzen der Dimensionen in Bezug auf die Fragestellung.

Tabelle 13. Einfaktorielle Varianzanalyse: Fragestellung.

Differenzen der einzelnen Dimensionen	F	df1	df2	Signifikanz
<i>Befindlichkeit</i>	1.20	4	42	.33
<i>Erholung-Belastung</i>	.14	4	42	.97
<i>Selbstwirksamkeit</i>	.21	4	42	.93
<i>Zufriedenheit-Wichtigkeit der Ziele</i>	.49	4	42	.74
<i>Zufriedenheit- Vorkommen d. Ziele</i>	.36	4	42	.83
<i>Zufriedenheit-wie viel kann ich selbst tun</i>	2.59	4	42	.051
<i>Zufriedenheit-absehbare Zukunft</i>	1.12	4	42	.36
<i>Zufriedenheit mit d. Zielen</i>	.33	4	42	.86

Personen, die mit unterschiedlichen Fragestellungen (psychischen Störungen) in die Beratung kamen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. Es zeigt sich jedoch ein fast signifikantes Ergebnis $F(4,42)=2.59$, $p=.051$ in Bezug auf die Subskala Zufriedenheit: wie viel kann ich selbst tun (Tabelle 13).

Beruf

H1: Es gibt Unterschiede in den Differenzen der Dimensionen bezüglich des Berufes.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse angewendet. Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen hinsichtlich der erhobenen Dimensionen gefunden (Siehe Tabelle II im Anhang).

Erwerbsstatus

H1: Es gibt Unterschiede in den Veränderungen der Dimensionen zwischen der Arbeitssuchenden und Berufstätigen.

Tabelle 14. t-Test für unabhängige Stichproben: Erwerbsstatus.

Dimension	T	df	Signifikanz (2-seitig)
<i>Befindlichkeit</i>	.22	42	.83
<i>Erholung-Belastung</i>	-.71	42	.48
<i>Selbstwirksamkeit</i>	2.29	41.89	.027
<i>Zufriedenheit-Wichtigkeit der Ziele</i>	.99	42	.33
<i>Zufriedenheit- Vorkommen d. Ziele</i>	-.02	42	.99
<i>Zufriedenheit-wie viel kann ich selbst tun</i>	.31	42	.76
<i>Zufriedenheit-absehbare Zukunft</i>	.29	42	.78
<i>Zufriedenheit mit den Zielen</i>	1.06	42	.30

An der Studie nahmen 5 StudentInnen teil und sie wurden als eine sehr kleine Gruppe in der Auswertung nicht berücksichtigt, da die anderen Stichproben von den Arbeitssuchenden (25 Personen) mit denen, den Berufstätigen (19 Personen) viel größer sind. Aus dem Grund wurden nur die zwei Stichproben miteinander verglichen. Es zeigte sich ein signifikantes Ergebnis in der Subskala Selbstwirksamkeit: $t(41.89) = 2.29$, $p = .027$, jedoch sind die Varianzen in diesem Fall nicht homogen (Tabelle 14).

H1: Es gibt Unterschiede in den Werten der Dimensionen zwischen der Arbeitssuchenden und Berufstätigen zum zweiten Messzeitpunkt.

Tabelle 15. t-Test für unabhängige Stichproben: Erwerbsstatus.

Dimension	T	df	Signifikanz (2-seitig)
Befindlichkeit	.80	42	.43
Erholung-Belastung	.30	42	.77
Selbstwirksamkeit	1.48	42	.15
Zufriedenheit-Wichtigkeit der Ziele	.69	26.98	.50
Zufriedenheit- Vorkommen d. Ziele	-1.03	42	.31
Zufriedenheit-wie viel kann ich selbst tun	.91	42	.37
Zufriedenheit-absehbare Zukunft	2.10	42	.042
Zufriedenheit mit den Zielen	.77	42	.45

Im Vergleich der Werte von arbeitssuchenden und berufstätigen TeilnehmerInnen zum zweiten Messzeitpunkt zeigte sich ein signifikanter Unterschied bezüglich der Dimension Zufriedenheit: absehbare Zukunft $t(42)=2.10$, $p=.042$ zugunsten der Arbeitssuchenden ($M=61.60$, $SD=8.62$); bei Berufstätigen fielen die Mittelwerte niedriger aus ($M=55.42$, $SD=10.88$) (Tabelle 15).

Ausbildung

H1: Es gibt Unterschiede in den Veränderungen durch die Peerberatung in Bezug auf die Ausbildung.

Die Hypothese wurde, nach der Prüfung der Homogenität der Varianzen mittels des Levene's-Test, mit einer einfaktoriellen Varianzanalyse untersucht. Die Ergebnisse in allen erhobenen Dimensionen in Bezug auf die Ausbildung haben sich als nicht signifikant erwiesen ($p<.05$) (Siehe Tabelle III im Anhang).

Einkommen

H1: Es gibt Unterschiede in den Veränderungen der Dimensionen in Bezug auf das monatliche Nettoeinkommen.

Tabelle 16. t-Test für unabhängige Stichproben: Einkommen.

Dimension	T	df	Signifikanz (2-seitig)
<i>Befindlichkeit</i>	1.64	47	.11
<i>Erholung-Belastung</i>	-2.22	47	.031
<i>Selbstwirksamkeit</i>	-.94	47	.35
<i>Zufriedenheit-Wichtigkeit der Ziele</i>	.37	47	.72
<i>Zufriedenheit- Vorkommen d. Ziele</i>	-2.79	47	.01
<i>Zufriedenheit-wie viel kann ich selbst tun</i>	-.96	47	.34
<i>Zufriedenheit-absehbare Zukunft</i>	-.89	40.67	.38
<i>Zufriedenheit mit den Zielen</i>	-2.67	47	.01

Um die Hypothese zu überprüfen, wurden Personen mit einem Monatsnettoeinkommen bis 1000 Euro mit Personen verglichen, die über 1000 Euro im Monat zur Verfügung haben. Personen mit einem höheren Einkommen zeigten bessere Ergebnisse in Erholung-Belastung Fragebogen ($M = 109.017$, $SD = 18.414$) als Personen, die monatlich weniger Geld haben ($M = 96.45$, $SD = 17.298$), was einen signifikanten Unterschied ergibt mit $t(47) = -2.22$, $p = .031$ (Tabelle 16).

H1: Es gibt Unterschiede in den Veränderungen der Werte zum zweiten Messzeitpunkt (nach der Peerberatung) in Bezug auf das monatliche Nettoeinkommen.

Tabelle 17. t-Test für unabhängige Stichproben: Einkommen.

Dimension	T	df	Signifikanz (2-seitig)
<i>Befindlichkeit</i>	-1.24	47	.22
<i>Erholung-Belastung</i>	-2.46	47	.018
<i>Selbstwirksamkeit</i>	.02	47	.99
<i>Zufriedenheit-Wichtigkeit der Ziele</i>	1.54	47	.13
<i>Zufriedenheit- Vorkommen d. Ziele</i>	-1.92	47	.061
<i>Zufriedenheit-wie viel kann ich selbst tun</i>	-.65	47	.52
<i>Zufriedenheit-absehbare Zukunft</i>	-.86	40.67	.39
<i>Zufriedenheit mit den Zielen</i>	-1.67	47	.10

Die Levene's Statistik ist in allen Dimension nicht signifikant, deshalb können wir von der Homogenität der Varianzen ausgehen. Aus der Tabelle 17 kann man ablesen, dass der t-Test für unabhängige Stichproben beim zweiten Messzeitpunkt ein signifikantes Ergebnis in der Subskala Erholung-Belastung zugunsten der besser verdienenden Personen lieferte $t(47) = -2.46$, $p = .018$. In der Dimension Zufriedenheit: Vorkommen der Ziele ist eine Tendenz zu erkennen, da das Ergebnis knapp nicht signifikant wurde mit $t(47) = -1.92$, $p = .061$. Personen, die über ein 1000 Euro Nettoeinkommen im Monat verfügen, gaben eine höhere Zufriedenheit mit dem Vorkommen der Ziele an (Tabelle 17).

Geschlechtsspezifische Unterschiede

H1: Es gibt Geschlechtsunterschiede in den Veränderungen der Werte in den Dimensionen Befindlichkeit, Erholung-Belastung, Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit.

*Tabelle 18. t-Test für unabhängige Stichproben:
geschlechtsspezifische Unterschiede.*

Dimension	T	df	Signifikanz (2-seitig)
<i>Befindlichkeit</i>	1.35	47	.18
<i>Erholung-Belastung</i>	.60	47	.55
<i>Selbstwirksamkeit</i>	1.15	47	.26
<i>Zufriedenheit-Wichtigkeit der Ziele</i>	1.76	47	.086
<i>Zufriedenheit- Vorkommen d. Ziele</i>	-.79	47	.43
<i>Zufriedenheit-wie viel kann ich selbst tun</i>	-.90	47	.37
<i>Zufriedenheit-absehbare Zukunft</i>	-2.25	47	.029
<i>Zufriedenheit mit den Zielen</i>	.24	47	.81

Es gibt einen Unterschied zwischen Frauen (M=10.11, SD=10.33) und Männer (M=2.64, SD=10.86) hinsichtlich der Zufriedenheit mit der absehbaren Zukunft zugunsten der Frauen ($t(47) = -2.25, p = .029$). In den anderen Bereichen unterscheiden sich Frauen und Männer nicht signifikant voneinander. Es gibt jedoch eine Tendenz im Bereich Zufriedenheit: Wichtigkeit der Ziele, wo Männer (M=5.00, SD=7.47) größere Veränderungen erzielten als Frauen (M=.80, SD=7.50) ($t(47) = 1.76, p = .086$) (Tabelle 18).

H1: Frauen und Männer unterscheiden sich in ihren Werten in den Dimensionen: Befindlichkeit, Erholung-Belastung, Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit zum zweiten Messzeitpunkt (nach der Peerberatung).

Diese Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Männer und Frauen unterscheiden sich beim zweiten Messzeitpunkt, d.h. nach der Peerberatung nicht signifikant voneinander. (Siehe Tabelle IV im Anhang).

Alter

H1: Es gibt einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Versuchspersonen und den Veränderungen der Ergebnissen.

Die Hypothese wurde mit Hilfe einer linearen Regression überprüft. Es zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse. Die Veränderungen der Werte in den einzelnen Dimensionen hängen nicht mit dem Alter der Personen zusammen (Siehe Tabellen V im Anhang).

Dropout Analyse

Die Fragebogen wurden insgesamt 101 Personen vorgelegt, die eine Peerberatung bei pro mente Wien aufsuchten. 49 Personen füllten den Fragebogen komplett und zu beiden Messzeitpunkten, d.h. vor der ersten Beratung und nach ihrer letzten von mehreren Beratungen aus. Es wurde vorausgesetzt, dass in die Stichprobe Personen aufgenommen werden, die mindestens 3 und maximal 5 Beratungen bekamen. Personen, die nur ein bis zweimal sich beraten ließen oder nach der ersten Stunde an eine weitere Institution verwiesen bzw. ihnen ein anderes Angebot bei pro mente Wien empfohlen wurde haben nur den ersten Fragebogen ausgefüllt. Außerdem gab es Personen, die den Fragebogen nicht komplett beziehungsweise nach der Beratung keinen mehr ausfüllten. Damit ergab sich die Dropout-Quote in Höhe von 51.5 %.

Die Gruppe machen zu 63.5 % Frauen und zu 36.5 % Männer aus. Wie Abbildung 1. zeigt, das Alter streckte sich von 21 bis 58 Jahren mit Mittelwert $M=41.3$ ($SD= 8.92$) und Median bei 43 (Abbildung 6).

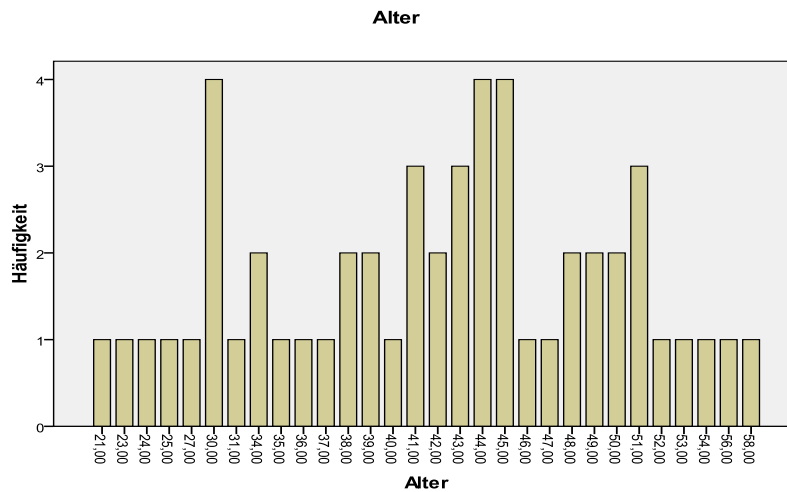


Abbildung 6. Altersverteilung in der Dropout Quote.

Die meisten Personen leben in keiner Beziehung, darunter sind 36.5 % ledige Personen, 30.8% geschiedene und 1.9%, genau eine Person, ist verwitwet. Von Personen, die sich in einer Beziehung befinden, gaben an zu 17.3 % verheiratet zu sein und 11.5% in einer Partnerschaft zu leben. Von 1.9% gibt es keine Angaben (Abbildung 7).

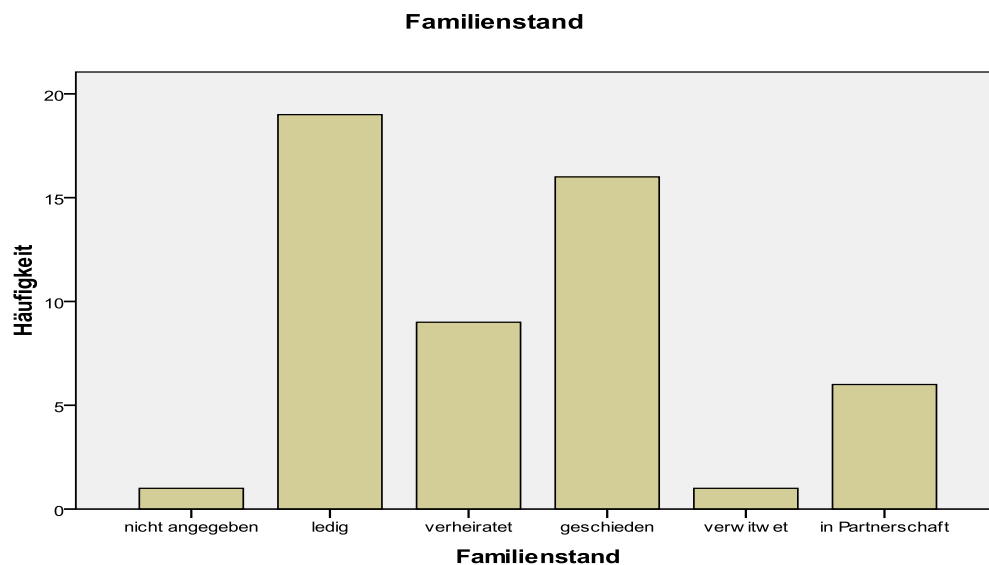


Abbildung 7. Familienstand.

Von den 52 Personen gaben 32.7% eine Lehre, 36.5% Matura und 21.2% einen Studienabschluss als ihre höchste abgeschlossene Ausbildung an. 7.7% fand sich in einer Ausbildung und 1.9% beantwortete die Frage nicht.

Die Fragestellungen mit der Personen die Peerberatung aufsuchten betraf berufsbezogenen Probleme, die in Verbindung mit einer der unten angeführten psychischen Störungen standen (Abbildung 8).

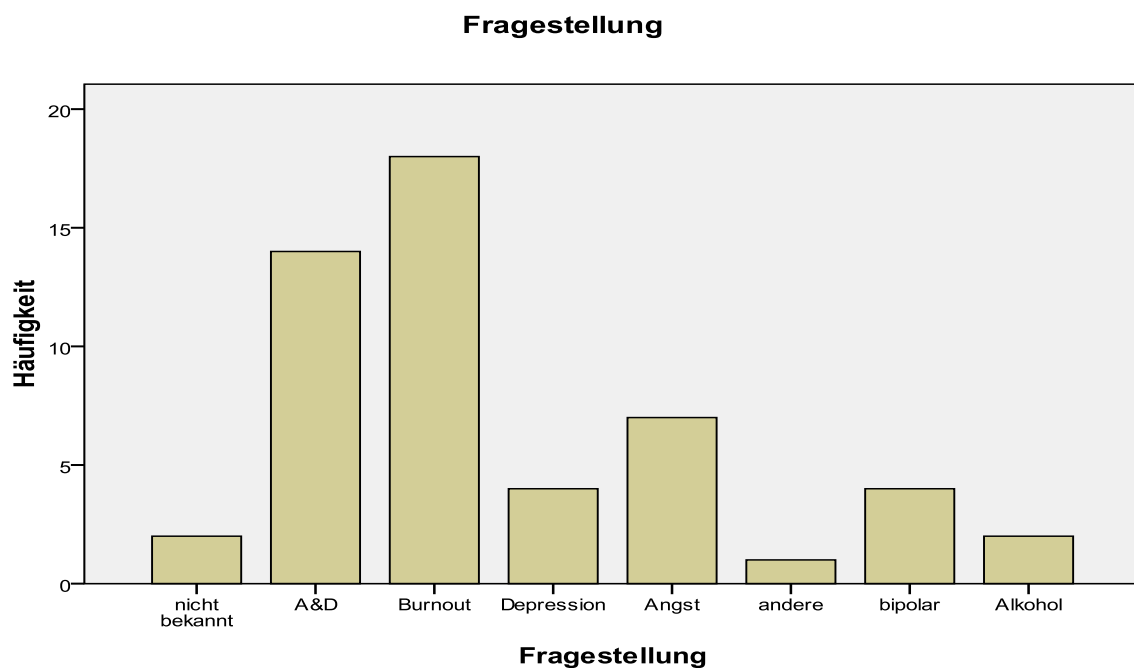


Abbildung 8. Verteilung der Fragestellungen.

34.6% Personen gaben ihr Problem als Burnout an, die zweitgrößte Gruppe nannte Ängste und Depressionen (26.9%), 13.5% suchte die Beratung wegen Angststörungen auf, jeweils 7.7% gab Depressionen und eine bipolare Störung an, 3.8% kamen wegen Alkoholproblemen in die Beratung und von 5.8% fehlen die Angaben.

Bezüglich des Erwerbsstatus gaben 30 Personen „berufstätig“ an, von denen waren 20 Frauen und 10 Männer. 17 Personen (11 Frauen und 6 Männer) beschrieben sich als arbeitssuchend, vier weitere Personen, drunter zwei Frauen und zwei Männer, waren StudentInnen. Bei einem Mann wurde der Erwerbsstatus nicht angegeben (Tabelle 19).

Tabelle 19. Kreuztabelle Erwerbsstatus Geschlecht.*

<i>Erwerbsstatus</i>	<i>Männlich</i>	<i>Weiblich</i>	<i>gesamt</i>
<i>Keine Angaben</i>	1	0	1
<i>StudentInnen</i>	2	2	4
<i>Arbeitssuchend</i>	6	11	17
<i>berufstätig</i>	10	20	30

In Tabelle 20 gibt es eine Übersicht über die in der Stichprobe vorkommenden Berufe. Die ProbandInnen kommen aus sehr unterschiedlichen Berufsgruppen und es wurden neun Gruppen gebildet. Die größte Berufsgruppe besteht aus Personen, die aus kaufmännischen Berufen kommen (42.3%), 19.2% gab einen technischen Beruf an. In Ausbildung waren 11.5% und 7.7% im Sozialen- und Gesundheitswesen beschäftigt. 5.8% Personen studieren, 3.8% Instandhaltung, weitere 3.8% machen die Kategorie „andere“ aus. Im Kunst und EDV wurden jeweils 1.9% tätig und bei weiteren 1.9% fehlten die Angaben.

Über die Hälfte der Personen (55.8%) verfügt über mehr als 1000 Euro netto im Monat, 34.6% haben weniger als 1000 Euro und 9.6% machten diesbezüglich keine Angaben.

Tabelle 20. Berufsgruppen.

<i>Berufsgruppe</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>Prozente</i>
<i>Keine Angaben</i>	1	1.9
<i>Technische B.</i>	10	19.2
<i>Soziales und Gesundheitswesen</i>	4	7.7
<i>Bildung</i>	6	11.5
<i>Kaufmännische B.</i>	22	42.3
<i>EDV</i>	1	1.9
<i>Kunst</i>	1	1.9
<i>Studium</i>	3	5.8
<i>Instandhaltung</i>	2	3.8

Interpretation

Es wird angenommen, dass signifikante Unterschiede, die in kleinen Stichproben, wie sie in dieser Studie (N=49) erreicht wurden, relativ groß sein müssen, da die Signifikanz mit der Stichprobengröße zusammenhängt. Die Generalisierung dieser Ergebnisse ist jedoch mit Vorsicht zu genießen. Die beste Bestätigung wäre idealerweise eine Replikationsstudie, die zu selben Ergebnissen käme. Nach der obigen Präsentation der Ergebnisse lassen sich einige wichtige Überlegungen formulieren.

Der Vergleich der Stichproben vor und nach der Peerberatung zeigte in fast allen erhobenen Dimensionen eine Veränderung gezeigt und damit wurde die wichtigste Hypothese bestätigt, dass die Peerberatung eine Verbesserung bewirkte. Die positive Wirkung einer Peerberatung wurde in zahlreichen Studien bestätigt, wie zum Beispiel bei der Untersuchung von Sherman und seinen Kolleginnen (1998), in der die betroffenen Frauen die Peerberaterinnen als besonders hilfsbereit und empathisch beschrieben. Auch Betroffene mit psychischen Störungen und Suchterkrankungen bewerteten solche Beratungen sehr positiv (Sells et al., 2006, Rummel-Kluge et al., 2008). Es verbesserte sich durch die Peerberatung sowohl die Befindlichkeit der Personen, wie als auch ihr Erholungs-Beanspruchungszustand (Geldard & Patton, 2007).

Peerberater können als wichtige Modelle dienen und die Überzeugung übermitteln, dass man etwas aus eigener Kraft bewirken kann, was auch durch das Programm „SISTERS“ (Sherman et al., 1998) oder bei Krebskranken erreicht wurde (Weber et al., 2004). Auch wurde diese Annahme in dieser Studie bestätigt, dass die Selbstwirksamkeitserwartung und die subjektive Handlungsmacht stärker geworden sind.

Zur Wichtigkeit von persönlichen- und Lebenszielen lässt sich ebenfalls eine Tendenz in Richtung Verbesserung erkennen, die bei Männern größer ist als bei Frauen. Allerdings zum zweiten Messzeitpunkt schätzen Männer und Frauen ihre Ziele allerdings genauso gleich wichtig ein. Die positive Veränderung zur Zukunftserwartung ist bei beiden Geschlechtern ersichtlich, aber bei männlichen Probanden größer als bei weiblichen – man könnte daraus

ableiten, dass Männer mehr von der Beratung profitieren und positiver in die Zukunft sehen als Frauen.

Ob man in einer Beziehung lebt oder nicht, scheint für Personen, die Probleme am Arbeitsplatz haben oder arbeitslos sind, eine sehr wichtige Rolle zu spielen. Holleder (2008) weist darauf hin, dass die meisten arbeitslosen Männer alleine leben, arbeitslose Frauen hingegen leben eher mit einem Partner oder mit Partner und Kindern in einem Haushalt, was einen protektiven Faktor darstellt. Diese Ergebnisse können nicht eindeutig bestätigt werden, weil mit 71% ein sehr hoher Prozentsatz der männlichen Probanden, aber auch 62% der Probandinnen in keiner Beziehung lebten. Es könnte aber an einem sehr kleinen Anteil an Männern, das heißt unterschiedliche Stichprobengrößen, liegen. Unter den Personen, die an vorliegender Studie teilnahmen, lebten insgesamt 65.3% nicht in einer Beziehung. Allein lebende Personen litten zu 41.9% unter Ängsten und Depressionen und 25.8% gaben Depressionen an, was an den mangelnden sozialen Kontakten liegen könnte. Von allen arbeitsuchenden Personen 72% der StudienteilnehmerInnen leben auch alleine. Sieht man sich die Dropout Quote an, also die Personen, die auch Hilfe in der Peerberatung suchten, aber nur einen der zwei Fragebögen ausfüllten, sieht man, dass sie zu 67% in keiner Beziehung leben. Personen, die in einer Beziehung leben, profitieren mehr von der Peerberatung und blicken eher optimistisch in die Zukunft. Sie sind stärker davon überzeugt, selber etwas beeinflussen zu können im Gegensatz zu Personen, die sich nicht in einer Beziehung befinden. Eine Beziehung hat darüber hinaus auch einen Einfluss auf den Erholung-Beanspruchungs-Zustand, der auch für die in einer Beziehung lebenden Menschen besser ausfällt. Wenn man die ProbandInnen in Hinblick auf ihren Familienstand betrachtet, kann man sogar genauer differenzieren, da sich besonders geschiedene Personen von jenen, die in einer Partnerschaft leben, unterscheiden. Zwischen den Verheirateten und Geschiedenen lässt sich erkennen, dass bei einer größeren Stichprobe es Unterschiede geben könnte. Das Ergebnis ist knapp nicht signifikant ($p=0.075$).

Auch die subjektive Gegebenheit der Lebensziele sowie die Zufriedenheit mit ihnen erhöhten sich durch die Peerberatung. Dazu verbessern sich diese beiden Bereiche besonders bei Personen, die über 1000 Euro Monatsnettoeinkommen haben. Die Besserverdiener gaben nach der Beratung an, mit den einzelnen Bereichen ihres Lebens mehr zufrieden zu sein als die Personen, die weniger als 1000 Euro im Monat zur Verfügung

hatten. Bei ihnen ist auch eine positive Verbesserung des Erholungs-Beanspruchungs-Zustandes (vorher/nachher) erkennbar, der wiederum nach der Peerberatung besser ausfällt, als bei den Personen, die weniger Geld zur Verfügung haben.

Weder das Alter der Personen, noch ihre Ausbildung oder ihr Beruf haben einen Einfluss auf die Veränderungen der Befindlichkeit, Selbstwirksamkeit, des Erholungs-Beanspruchungs-Zustands oder auf die Zufriedenheit. Das bestätigt die Ergebnisse von Rankin et al. (2004), die eine hohe Zufriedenheit mit der Peerberatung von Patientinnen mit Brustkrebs fanden, die unabhängig vom Alter, Ausbildung, Familienstand, Wohnort oder Art der vorhandenen Krankenversicherung waren.

Die Fragestellung, mit der die ProbandInnen in die Peerberatung kamen, wurde fast signifikant ($p=0.051!$), bezüglich des Glaubens etwas bewirken zu können, das heißt, es könnte Unterschiede zwischen den Problemstellungen geben, es lassen sich keine Gruppen aufzeigen, die besonders profitieren.

Allerdings kann man Unterschiede bezüglich des Erwerbsstatus feststellen. In einem Vergleich der Arbeitssuchenden und Berufstätigen kann man beobachten, dass sich bei den Arbeitssuchenden die Selbstwirksamkeitserwartung deutlicher verbessert als bei Berufstätigen und sie schätzen nach der Peerberatung ihre absehbare Zukunft auch positiver ein als die berufstätigen TeilnehmerInnen.

„Peercoaching“ ist ein berufsbezogenes und dadurch auch ein besonderes „Peer to Peer“ Angebot. Nach der genauen Literatur Recherche wurde bisher keine ähnliche Untersuchung wie hier vorliegende Evaluation gefunden, deshalb ist ein direkter Vergleich von Ergebnissen auch schwierig. Bisherige Studien beschäftigten sich - meistens qualitativ - mit den Themen einer Peerberatung oder mit einem Vergleich von Peerberatung versus eine „normale“ Behandlung durch professionelle HelferInnen. Die meisten Beratungen wurden auch im stationären Setting angeboten und betrafen in den meisten Fällen Unterstützung bezüglich einer somatischen Erkrankung, deren Medikation etc. In Anbetracht all dieser Unterschiede lässt sich trotzdem sagen, dass die Peerberatung ihre Ziele erreichte und in allen erhobenen Dimensionen, das heißt bezüglich der Befindlichkeit der KlientInnen, ihrem Erholungs-Beanspruchungs-Zustand, ihrer Selbstwirksamkeit sowie ihrer Zufriedenheit mit ihren

persönlichen und Lebenszielen, trotz einer kleinen Stichprobe, deutliche Verbesserungen aufwies.

Kritik und Ausblick

Wie bereits erwähnt wäre es von Vorteil, wenn die Ergebnisse dieser Studie von einer Replikationsstudie bestätigt würden. Es wäre eine größere Stichprobe erwünscht sowie eine Kontrollgruppe nötig. Interessant wäre genauer zu erfragen, ob sich unter den berufstätigen Personen um eine Angst vor Arbeitslosigkeit oder Arbeitsplatzunsicherheit handelte. Wichtig wäre auch die Depressivität und Ängstlichkeit zu erheben, um die Veränderungen in diesen Dimensionen zu überprüfen, wenn so großer Anteil an ProbandInnen angab, unter diesen psychischen Störungen zu gelitten zu haben, sowie ob sie sich zur Zeit der Peerberatung in Psychotherapie oder einer anderen Behandlung befanden. Weitere Studien könnten den Einfluss der Peerberatung auf die sozialen Kompetenzen und die soziale Isolation. Eine offene Frage am Ende des Fragebogens könnte den StudienteilnehmerInnen ermöglichen, eine eigene Beurteilung des Angebots abzugeben.

Kurze Zusammenfassung

Die vorliegende Studie bemüht sich um eine Beurteilung einer neuen Form des Peer Supports, einer Peerberatung bei *pro mente* Wien. Im Rahmen des Projektes „Peercoaching“ werden Menschen, die arbeitslos sind oder Schwierigkeiten auf ihrem Arbeitsplatz haben, von Personen beraten, die früher von diesen Problemen betroffenen waren. Den ProbandInnen wurde ein Fragebogen vorgelegt, der folgende Dimensionen erfassen sollte: Befindlichkeit, Erholungs-Beanspruchungs-Zustand, der als Grundlage einer Prognose für zukünftige Reaktionen auf Stresssituationen dient, sowie Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit mit Persönlichen- und Lebenszielen. Der zuletzt beschriebene Bereich beinhaltet Bedeutsamkeit, Gegebenheit und Zufriedenheit mit den Zielen der befragten Personen, sowie deren Handlungsmacht und Zukunftserwartung. Es wurden 49 TeilnehmerInnen, darunter 25 Arbeitssuchende, 19 Berufstätige und 5 StudentInnen, von April 2010 bis Juni 2011 befragt. Die am häufigsten genannten Problemstellungen betrafen Ängste, Depressionen, Arbeitslosigkeit und/oder Burnout. Der Fragebogen wurde den TeilnehmerInnen vor der ersten und nach der letzten Peerberatung vorgelegt. Beim Vergleich dieser beiden Messzeitpunkte zeigte sich eine Erhöhung der Mittelwerte zum späteren Zeitpunkt in fast allen erhobenen Dimensionen, außer der Bedeutsamkeit der Ziele.

Es wurden auch Geschlechtsunterschiede (zugunsten der Männer) gefunden, die die Zukunftserwartung betrafen, als auch eine Tendenz bezüglich der Bedeutsamkeit der Ziele. Die Frage, ob die befragten Personen in einer Beziehung lebten oder nicht, spielte eine wichtige Rolle. Die ProbandInnen, die sich in einer Beziehung befanden, erzielten größere positive Veränderungen sowohl im Erholungs-Beanspruchungs-Zustand, als auch in der Handlungsmacht und Zukunftserwartung. Bezüglich der Zukunftserwartung unterschieden sich besonders Personen, die in einer Partnerschaft lebten von den Geschiedenen. Die Peerberatung bewirkte eine stärkere positive Veränderung der Selbstwirksamkeit und der Zukunftserwartung bei den Arbeitssuchenden und bei den Berufstätigen. Ein höheres Einkommen kann den Ergebnissen dieser Studie zufolge auch entscheidend sein im Hinblick auf Verbesserungen im Erholungs-Beanspruchungs-Zustand, beim Gegebensein von den Persönlichen- und Lebenszielen, sowie in deren Zufriedenheit. Auch bezüglich der Selbstwirksamkeit unterschieden sich die Befragten voneinander, die mit unterschiedlichen Fragestellungen die Peerberatung aufsuchten. Allerdings gab es keine Unterschiede der ProbandInnen beim Vergleich unterschiedlicher Alters-, Ausbildungs-, und Berufsgruppen.

Zusammenfassung

Das Ziel dieser Studie war die Überprüfung der Wirksamkeit einer Peerberatung, die im Rahmen von „Peercoachings“ eines selbsthilfeorientierten berufsbezogenen Projektes, bei *pro mente* Wien angeboten wird. Das „Peercoaching“ gibt es bereits seit 2007. Es soll eine Hilfestellung für Personen sein, die psychisch belastet sind durch Probleme auf ihrem Arbeitsplatz oder in ihrem Studium, beim Wiedereinstieg in das Berufsleben oder mit der Arbeitslosigkeit. In einer Peerberatung werden Betroffene von anderen Betroffenen beraten, die ähnliche Erfahrungen gemacht hatten, und einander im Idealfall auch bezüglich Herkunft, Alter, Geschlecht und Ausbildung auch ähnlich sind (Sherman et al., 1998). Bei *pro mente* Wien bekommen Peers zuerst eine kurze Ausbildung, dann während der Tätigkeit auch Supervision, die Möglichkeit sich mit anderen BeraterInnen auszutauschen und an weiterlaufenden Fortbildungsseminaren teilzunehmen.

Obwohl es ganz wenig Institutionen gibt, die ein ähnliches Angebot haben, wurden einige Studien gefunden, die eine positive Einschätzung der Beratung von ExpertInnen durch Erfahrung bestätigen. Die Studien wurden in unterschiedlichen Bereichen meistens in Krankenhäuser durchgeführt, wie zum Beispiel Peerberatung für rauchende Schwangere, die

die Anzahl der Zigaretten pro Tag reduzierten (Malchodi et al., 2003), für Personen mit psychischen Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Sells et al., 2006, Rummel-Kluge et al., 2008) oder für Diabetiker (Dale et al., 2009). Das Angebot als hilfreich und die BeraterInnen als besonders empathisch beschrieben Personen mit unterschiedlichen Krebsarten (Colella & King, 2004), Schwangere und junge Mütter, die wurden bezüglich des Stillen beraten (Morrow et al., 1999), Schwangere in Entzugstherapie. Auch HIV-infizierte Frauen im Gefängnis, die sie als eine sinnvolle Ergänzung zur herkömmlichen Behandlung beschrieben. Utschakowski (2009, S. 17) beschrieb diese Art von Unterstützung als „lebensnah, lösungsorientiert und nicht stigmatisierend“.

In der vorliegenden Studie wurden 49 Personen von April 2010 bis Juni 2011 untersucht. Sie waren im Alter von 21 bis 58 Jahren, darunter 35 Frauen und 14 Männer. 19 von diesen Personen waren berufstätig, 25 arbeitssuchend und 5 StudentInnen. Sie kamen in die Peerberatung mit einem der oben genannten berufsbezogenen Probleme, die mit Ängsten, Depressionen, Burnout oder anderen psychischen Beschwerden und Störungen zusammenhängen. Den TeilnehmerInnen wurde ein Fragebogen vor der ersten Beratung und nach der letzten Stunde vorgegeben. Er umfasst die Befindlichkeitsskala (Bf-S) von Zerssen (1976), den Erholungs- Belastung Fragebogen (EBF) von Kallus (1995), die Selbstwirksamkeitsskala (SWE) von Schwarzer und Jerusalem (1999) und den Fragebogen zu Lebenszielen und Lebenszufriedenheit (FLL) von Kraak und Nord-Rüdiger (1989).

Die Ergebnisse bestätigen bisherige Studien, weil in allen erhobenen Dimensionen eine positive Veränderung beobachtet wurde. Sowohl die Befindlichkeit, Erholungs-Beanspruchungs-Zustand, als auch Selbstwirksamkeit und Zufriedenheit der Personen mit ihren persönlichen und Lebenszielen stiegen an. Die Männer scheinen in der Zukunftserwartung signifikant höhere Verbesserungen zu erzielen und in der Bedeutsamkeit der Ziele kann man ebenso einen Trend in diese Richtung erkennen. Personen, die in einer Partnerschaft lebten, zeigten größere Verbesserungen bezüglich ihrer absehbaren Zukunft als geschiedene Personen. Generell profitierten Personen, die in einer Beziehung lebten (in Partnerschaft oder verheiratete) von der Peerberatung mehr, als die, die sich in keiner befanden (ledig, geschieden, verwitwet). Die ProbandInnen, die sich in einer Beziehung befanden, erzielten größere positive Veränderungen im Erholungs-Beanspruchungs-Zustand, in der Handlungsmacht und ihrer Zukunftserwartung. Auch die Zukunftserwartung sowie Selbstwirksamkeit stieg mehr bei Arbeitssuchenden als bei Berufstätigen an. Personen, die

weniger als 1000 Euro in Monat zur Verfügung hatten unterschieden sich auch von den Personen, die mehr verdienen bezüglich der Erholungs-Beanspruchungs-Zustandes, des Gegebenseins von den persönlichen- und Lebenszielen sowie der Zufriedenheit mit ihnen. ProbandInnen, die mit unterschiedlichen Fragestellungen in die Beratung kamen, unterschieden sich bezüglich der Selbstwirksamkeit voneinander. Es wurden keine Unterschiede in den erhobenen Dimensionen in Hinblick auf das Alter, die höchste abgeschlossene Ausbildung, oder Berufsgruppe gefunden.

Literaturverzeichnis

Abu-Rasain, M. H. M., & Williams, D. I. (1999). Peer counseling in Saudi Arabia. *Journal of Adolescence*, 22, 493–502.

Albani, C., Blaser, G., Greyer, M., Grulke, N., Bailer, H., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2007). Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzbedrohung und psychische Gesundheit. *Psychosozial*, 30(3), 55–71.

Allicock, M., Campbell, M. K., Valle, C. G., Barlow, J. N., Carr, C., Meier, A., & Gizlice, Z. (2010). Evaluating the implementation of peer counseling in a church-based dietary intervention for African Americans. *Patient Education and Counseling*, 81, 37–42.

Amering, M., & Schmolke, M. (2007). *Recovery: Das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie.

Amering, M. (2009). Kunst ist schön, aber macht viel Arbeit. Hindernisse und Widerstände gegen die Peerarbeit. In J. Utschakowski, G. Sielaff, & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S.58–69). Bonn: Psychiatrie.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.

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

Barwinski Fäh, R. (1990). *Die seelische Verarbeitung der Arbeitslosigkeit: Eine qualitative Längsschnittstudie mit älteren Arbeitslosen*. München: Profil.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Hautzinger, M. (2001). *Beck-Depressionsinventar (BDI)* (2., überarb. Aufl.). Bern: Huber.

Beesdo, K., & Wittchen, H. (2006). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 731–762). Heidelberg: Springer Medizin.

- Berth, H., Förster, P., Stöbel-Richter, Y., Balck, F., & Brähler E. (2006). Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15, 111–116.
- Berth, H., Förster, P., Balck, F., Brähler E., & Stöbel-Richter, Y. (2007). Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit: Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie. *Psychosozial*, 30(3), 73–83.
- Birbaumer, N., & Schmidt, R. F. (2003). *Biologische Psychologie* (5., vollständig überarb. und ergänzte Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Bock, T. (2009). Die Peer-Arbeit aus anthropologischer Sicht. Vom Trialog zu EX-IN. In J. Utschakowski, G. Sielaff, & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 22–32). Bonn: Psychiatrie.
- Bortz, J. (2005). *Statistik* (6., vollständig überarb. und aktualisierte Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Boudin, K., Carrero, I., Clark, J., Flournoy, V., Loftin, K., Martindale, S., & Martinez, M. (1999). ACE: A Peer Education and Counseling Program Meets the Needs of Incarcerated Women With HIV/AIDS Issues. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 10(6), 90–98.
- Bundessozialamt. (2009). *Wirkungsorientierte Zielvereinbarungen für Projektförderung*. Zielekatalog (unveröffentlicht).
- Burisch, M. (2010). *Das Burnout- Syndrom* (4., aktualisierte Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer.
- Cayne, B. S. (Hrsg.). (1988). *The New Lexicon Webster's Encyclopedic Dictionary of The English Language*. (revised and updated). New York: Lexicon Publications, INC.
- Coella, J.F.T., & King, K. M. (2004). Peer support. An under-recognized resource in cardiac

- recovery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 211–217.
- Comer, R. J. (2008). *Klinische Psychologie* (6. Aufl.). Heidelberg: Spektrum.
- Dale, J., Caramlau, I., Sturt, J., Friede, T., & Walker, R. (2009). Telephone peer-delivered intervention for diabetes motivation and support: The telecare exploratory RCT. *Patient Education and Counseling*, 75, 91–98. DOI: 10.1016/j.pec.2008.09.014.
- De Col, C., Seewald, G., & Meise, U. (2004). Individuelle Bewältigung von Stigmatisierung und Diskriminierung. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 861–874). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dennis, C-L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 321–332.
- Deutschmann, A., & Kuhnert, P. (2005). Kohärenzgefühl – Instrument für Risikogruppen in der Arbeitslosigkeit. Ergebnissen einer Vergleichsstudie. In M. Kastner, T. Hagemann, & G. Kliesch (Hrsg), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung* (S. 149–168). Langerich: Pabst Science Publishers.
- Dillinger, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F): Klinisch-diagnostische Leitlinien* (7., überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Dragano, N. (2007). Personalabbau, Outsourcing, Restrukturierung: Gesundheitliche Folgen von Rationalisierungsmaßnahmen und mögliche Erklärungen. *Psychosozial*, 30(3), 39–54.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 60, 376–381. DOI: 10.1136/jech.2005.041616.
- Fehm, L. (2006). Soziale Phobie. In H. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 795–810). Heidelberg: Springer Medizin.

- Franke, A. (2006). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Geldart, K., & Patton, W. (2007). Adolescent Peer Counselling: Enhancing the Natural Conversational Helping Skills of Young People. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 17(1), 28–48.
- Hagemann, T., & Kuhnert, P. (2005). Netzwerk Arbeitsmarktinitiative Gesundheitsförderung. In M. Kastner, T. Hagemann, & G. Kliesch (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Herriger, N. (2006). *Empowerment in der Sozialen Arbeit* (3., erw. und aktualisierte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hoey, L. M., Ieropoli, S. C., White, V. M., & Jefford, M. (2008). Systematic review of peer-support programs for people with cancer. *Patient Education and Counseling*, 70, 315–337. DOI: 10.1016/i.pec.2007.11.016.
- Hollederer, A. (2008). Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. *Praktische Arbeitsmedizin*, 12, 29–32.
- In-Albon, T., & Margraf, J. (2006). Panik und Agoraphobie. In H. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 764–780). Heidelberg: Springer Medizin.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P. F., & Zeisel, H. (2009). *Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langdauernder Arbeitslosigkeit. Mit einem Anhang zur Geschichte der Soziographie* (22. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kallus, K.W. (1995). *Erholungs-Belastungs-Fragebogen*. Frankfurt/M.: Swets Test Services.
- Kallus, K.W. *EBF Erholungs-Belastungs-Fragebogen*. Zugriff am 30.07.2011 unter:
 SCHUHFRIED GmbH, <http://www.schuhfried.at/wiener-testsystem-wts/alle-testverfahren-von-a-z/test/ebf-erholungs-belastungs-fragebogen/>.

- Kaplan, K., Salzer, S. M., Solomon, P., Brusilovskiy, E., & Cousounis, P. (2011). Internet peer support for individuals with psychiatric disabilities: A randomized controlled trial. *Social Science & Medicine*, 72, 54–62.
- Knuf, A. (2000). Steine aus dem Weg räumen! Empowerment und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie. In A. Knuf, & U. Seibert, *Selbstbefähigung fördern. Empowerment und psychiatrische Arbeit* (S. 32–44). Bonn: Psychiatrie.
- Knuf, A. (2004). Vom demoralisierenden Pessimismus zum vernünftigen Optimismus. Eine Annäherung an das Recovery-Konzept. Zugriff am 5.08.2011 unter: <http://www.beratung-und-fortbildung.de/html/recovery.html>.
- 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.
- Kraak, B., & Nord-Rüdiger, D. (1989). *Fragebogen zu Lebenszielen und Lebenszufriedenheit*. Goettingen: Hogrefe.
- Kronauer, M. (2010). *Exklusion: Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus* (2., aktualisierte und erw. Aufl.). Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Kuhnert, P. (2005). „Wie ein Motor ohne Treibstoff...“ – Männergesundheit in der Arbeitslosigkeit. In M. Kastner, T. Hagemann, & G. Kliesch (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung*. Langerich: Pabst Science Publishers.
- Land Brandenburg. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen. (2003). *Zwei Geschlechter - zwei Gesundheit?* Bericht zur Gesundheit von Männern und Frauen im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 2. Zugriff am 20.05.2011 unter: www.mugv.brandenburg.de/cms/media.php/bb1.a.../sgb_2_gender.pdf.
- Lauber, C., & Rössler, W. (2004). Empowerment: Selbstbestimmung oder Hilfe zur Selbsthilfe.

- In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 146–156). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Litzcke, S. M., & Schuh, H. (2007). *Stress, Mobbing und Burnout am Arbeitsplatz* (4., vollständig überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., & Mazure, C. M. (2000). Self-efficacy as a mediator between stressful life events and depressive symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 176, 373–378.
- Malchodi, C. S., Oncken, C., Dornelas, E. A., Caramanica, L., Gregonis, E., & Curry, S. L. (2003). The Effects of Peer Counseling on Smoking Cessation and Reduction. *Obstetrics and Gynecology*, 101(3), 504–510. DOI: 10.1016/S0029-7844(02)03070-3.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burn-out*. Wien, New York: Springer.
- Mohr, G. (1997). Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit. In D. Liepmann (Hrsg.), *Wirtschaftspsychologie* (5. Band). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Morrow, A. L., Guerrero, M. L., Shults, J., Calva, J. J., Lutter, C., Bravo, J., Ruiz-Palacios, G., Morrow, R., & Butterfoss, D. F. (1999). Efficacy of home-based peer counseling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 353, 1226–1231.
- Nussbaumer, H. (2009). Exit-sozial - Schulungen zum Peer-Coach. Erfahrungen aus Österreich. In J. Utschakowski, G. Sielaff, & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 216–224). Bonn: Psychiatrie.
- Rankin, N., Williams, P., Davis, C., & Girgis, A. (2004). The use and acceptability of a one-on-one peer support for Australian women with early breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 53, 141–146.
- Reinecker, H. (2006). Zwangsstörungen. In H. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische*

- Psychologie & Psychotherapie* (S. 841–854). Heidelberg: Springer Medizin.
- Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A. (2004). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research*, 75, 119–128.
- Rogge, B. G., Kuhnert, P., & Kastner, M. (2007). Zeitstruktur, Zeitverwendung und psychische Wohlbefinden in der Langzeitlosigkeit: Eine qualitative Studie. In E. Brähler, & Y. Stöbner-Richter (Hrsg.), *Arbeitswelt und Gesundheit. Psychosozial*, 109, 85–103.
- Rose, D., Fleischmann, P., Tonkiss, F., Campbell, P., & Wykes, T. (2002). User and Carer Involvement in Change Management in a Mental Health Context: Review of the Literature. *Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. Zugriff am 30.06.2011 unter www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/17-final-report.pdf
- Rose, D. (2003). Collaborative research between users and professionals: peaks and pitfalls. *Psychiatric Bulletin*, 27, 404–406. DOI:10.1192/pb.27.11.404.
- Rössler, W., & Lauber, C. Psychiatrische Rehabilitation – Vom Behinderungsmodell zum Empowerment. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 1–20). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rummel-Kluge, C., Stiegler-Kotzor, M., Schwarz, C., Hansen, W., & Kissling, W. (2008). Peer-counseling in schizophrenia: Patients consult patients. *Patient Education and Counseling*, 70, 357–362.
- Runte, I., Prins, S., & Machleidt, W. (2004). Selbsthilfe bei Betroffenen. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S. 633–643). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Crawford, M. J., & Fulop, N. (2004). Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. *Social Science & Medicine*, 58, 1973–1984.
- Sanders, L. M., Trinh, C., Sherman, B. R., & Banks, S. M. (1998). Assessment of client

- satisfaction in a peer counseling substance abuse treatment program for pregnant and postpartum women. *Evaluation and Programming Planning*, 21, 287–296.
- Schwab, A. (2009). Peer-Coach – Lehrgang. (unveröffentlicht). In R. P. Wagner, & S. Ballauf. *Von der Selbsthilfe zur „professionellen Peerberatung“ und „Peer-Mentoring“*. Jahresbericht 2008. (unveröffentlicht).
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1999). *Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung*. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Seligman, M. E. P. (1995). *Erlernte Hilflosigkeit* (5. aktual. Aufl.). Weinheim: PVU.
- 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.
- Sherman, B. R., Sanders, L. M., & Yearde, J. (1998). Role - Modeling Healthy Behavior: Peer Counseling for Pregnant and Postpartum Women in Recovery. *Women's Health Issues*, 8(4), 230–238.
- Sibitz, I., Swodoba, H., Schrank, B., Priebe, S., & Amering, M. (2008). Einbeziehung von Betroffenen in Therapie- und Versorgungsentscheidungen: professionelle HelferInnen zeigen sich optimistisch. *Psychiatrische Praxis*, 35, 128–134. DOI: 10.1055/s-2007-986231.
- Sickendiek, U., Engel, F. & Nestmann, F. (2002). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim, München: Juventa.
- Siegelberg, U. (2009). Genesungsbegleiter beschäftigen. Soziale Unternehmen profitieren von Psychatrieerfahrenen. In J. Utschakowski, S. Gyöngyvér, & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 141–149). Bonn: Psychiatrie.

Stark, W. (1996). *Empowerment: Neue Handlungskompetenzen in der psychosozialen Praxis*.

Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Tait, L., & Lester, H. (2005). Encouraging user involvement in mental health services.

Advances in Psychiatric Treatment, 11, 168–175.

Thunissen, G., & Plaute, W. (2002). *Handbuch Empowerment und Heilpädagogik*.

Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Utschakowski, J. (2009). 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.

Utschakowski, J. (2009). 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.

Utschakowski, J., Sielaff, G. & Bock, T. (2009). Einführung: Die Psychiatrie auf dem Weg zur

Erfahrungswissenschaft. In J. Utschakowski, G. Sielaff, & T. Bock (Hrsg.), *Vom Erfahrenen zum Experten: Wie Peers die Psychiatrie verändern* (S. 9–13). Bonn: Psychiatrie.

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.

Wagner, R.P., Ballauf, S., & Oberenzer, G. (2008). *Betroffene beraten Betroffene: Von der*

Selbsthilfe zur ‚professionellen Peerberatung‘ und ‚Peer Mentoring‘. Jahresbericht 2007. Wien (unveröffentlicht).

Wagner, R. P., & Ballauf, S. (2009a). *Von der Selbsthilfe zur „professionellen Peerberatung“*

und „Peer-Mentoring“. Jahresbericht 2008. Wien (unveröffentlicht).

Wagner, R. P., & Ballauf, S. (2009b). *Von der Selbsthilfe zur „professionellen Peerberatung“ und „Peer-Mentoring“*. Jahresbericht 2009 (unveröffentlicht).

Wagner, R. P. & Ballauf, S., & Oberenzer, G. (2009c). *Peerberatung. Von der Selbsthilfe zur „professionellen Peerberatung“*. Kurzkonzzept Version 1.1 (unveröffentlicht).

Wagner, R. P., & Ballauf, S. (2010). *Von der Selbsthilfe zur „professionellen Peerberatung“ und „Peer-Mentoring“*. Jahresbericht 2010. (unveröffentlicht).

Weber, B. A., Roberts, B. L., Resnick, M., Deimling, G., Zauszniewski, J. A., Musil, C., &

Yarandi, H. N. (2004). The Effect of Dyadic Intervention on Self-Efficacy, Social Support, and Depression for Men with Prostate Cancer. *Psycho-oncology*, 13, 47–60. DOI: 10.1002/pon.718

Wilkinson, R. G. (2001). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.

Wittchen, H., & Jacobi, F. (2006). Epidemiologische Beiträge zur Klinischen Psychologie. In H. Wittchen, & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 53–86). Heidelberg: Springer Medizin.

Zeitlinger, A. (2010). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Zugriff am 30.03.2011 unter:

http://www.promenteaustria.at/upload/documentbox/Psychische_Gesundheit_am_Arbeitsplatz.pdf

Zerssen, D. V., & Koeller, D. M. (1976). *Die Befindlichkeits-Skala*. Weinheim: Beltz.

Zimmerman, M. A., (1990). Toward a Theory of Learned Hopefulness: A Structural Model

Analysis of Participation and Empowerment. *Journal of Research in Personality*, 24, 71–86.

Weitere Online-Quellen

Europäisches Netzwerk von Psychiatriebetroffenen. *Groups of (ex-) users and survivors of psychiatry (and other addresses) in Austria*. Zugriff am 27.07.2011 unter:

<http://www.enusp.org/ust.htm>.

Exit Sozial. Verein für psychosoziale Dienste. Zugriff am 11.07.2011 unter:

<http://www.exitsozial.at/>

Hogrefe. Verlag für Psychologie. *Allgemeine, störungsübergreifend einsetzbare Verfahren*. Bf-S. Zugriff am 30.07.2011 unter:

<http://www.hogrefe.de/programm/media/catalog/Book/978-3-8017-1752-0 lese.pdf>.

Offenen Herberge e.V. Zugriff am 27.07.2011 unter: <http://www.offene-herberge.de/>

Pro Mente OÖ. Zugriff am 27.06.2011 unter: <http://www.pmooe.at/#>

Pro mente Wien. Zugriff am 14.06.2011 unter: <http://www.promente-wien.at/index.php/ueber-uns/organisation>)

stern.de. (2004) *Perspektive Deutschland 2003. Wie geht's Deutschland?* Zugriff am: 11.04.2011 unter: <http://www.stern.de/politik/perspektivedeutschland/perspektive-deutschland-2003-wie-gehts-deutschland-522960.html>.

Scottish Recovery Network. (2009). *Our Vision*. Zugriff am 20.05.2011 unter:

<http://www.scottishrecovery.net/Our-vision/our-vision.html>

Utschakowski, J. *Fokus Fortbildung*. Zugriff am 26.07.2011 unter: www.fokus-fortbildung.de

Weglaufhaus.de. Zugriff am 15.07.2011 unter:

<http://www.weglaufhaus.de/weglaufhaus/jobs-und-praktika/>)

Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID). Zugriff am 30.07.2011 unter: http://zpid.su14.uni-trier.de/pub/tests/pt_1003t.pdf.

Peerberatung–Psychiatrieerfahrene:

http://www.diebruecke-luebeck.de/extern/sites/angebote-beratung_peer.html

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1. Geschlechterverteilung in der Stichprobe.....</i>	<i>77</i>
<i>Tabelle 2. Familienstand in der Stichprobe.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabelle 3. Beziehung in der Stichprobe.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabelle 4. Berufsgruppen in der Stichprobe.....</i>	<i>79</i>
<i>Tabelle 5. Verteilung des Monatsnettoeinkommens.....</i>	<i>80</i>
<i>Tabelle 6. Kreuztabelle Erwerbsstatus*Fragestellung.....</i>	<i>82</i>
<i>Tabelle 7. Überprüfung der Normalverteilung zum ersten Messzeitpunkt.....</i>	<i>83</i>
<i>Tabelle 8. Normalverteilung zum zweiten Messzeitpunkt.....</i>	<i>84</i>
<i>Tabelle 9. Ergebnisse des t-Tests für abhängige Stichproben: alle Dimensionen.....</i>	<i>84</i>
<i>Tabelle 10. Überprüfung der Normalverteilung der Differenzen.....</i>	<i>87</i>
<i>Tabelle 11. Einfaktorielle Varianzanalyse: Familienstand.....</i>	<i>88</i>
<i>Tabelle 12. t-Test für unabhängige Stichproben: Beziehung.....</i>	<i>89</i>
<i>Tabelle 13. Einfaktorielle Varianzanalyse: Fragestellung.....</i>	<i>90</i>
<i>Tabelle 14. t-Test für unabhängige Stichproben: Erwerbsstatus.....</i>	<i>91</i>
<i>Tabelle 15. t-Test für unabhängige Stichproben: Erwerbsstatus.....</i>	<i>92</i>
<i>Tabelle 16. t-Test für unabhängige Stichproben: Einkommen.....</i>	<i>93</i>
<i>Tabelle 17. t-Test für unabhängige Stichproben: Einkommen.....</i>	<i>94</i>
<i>Tabelle 18. :t-Test für unabhängige Stichproben: geschlechtsspezifische Unterschiede.....</i>	<i>95</i>
<i>Tabelle 19. Kreuztabelle Erwerbsstatus* Geschlecht.....</i>	<i>99</i>
<i>Tabelle 20. Berufsgruppen.....</i>	<i>99</i>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Häufigkeitsverteilung des Lebensalters.....	76
Abbildung 2. Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung.....	77
Abbildung 3. Verteilung Fragestellung*Beziehung.....	79
Abbildung 4. Verteilung des Erwerbsstatus in der Gesamtstichprobe...	80
Abbildung 5. Verteilung der Fragestellungen im Peercoaching.....	81
Abbildung 6. Altersverteilung in der Dropout Quote.....	96
Abbildung 7. Familienstand.....	97
Abbildung 8. Verteilung der Fragestellungen.....	98

Anhang

Anhang A: Fragebogen

Anhang B: Das Schreiben des Geschäftsführers an die Selbsthilfegruppen

Anhang C: Tabellen

Anhang D: Lebenslauf

Anhang A Fragebogen

FRAGEBOGEN

Ihre Daten werden absolut anonym und nur für statistische Zwecke im Rahmen dieser wissenschaftlicher Studie verwendet. Die Ergebnisse werden keinen Einfluss auf Ihre Beratung oder Platzvergabe in einer Selbsthilfegruppe haben. Sie sollen einer Überprüfung der Qualität sowie der weiteren Entwicklung der Peerberatung dienen. Bitte antworten Sie ohne längere Überlegungen.

Name/Code:

Geschlecht: m / w

Alter:

Familienstand:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐ verwitwet ☐ lebt in Partnerschaft

Höchste abgeschlossene Ausbildung:

☐ Lehre ☐ AHS / HTL ☐ Höhere Schule ☐ derzeit in Ausbildung ☐ andere

Beruf bzw. der zuletzt ausgeübter Beruf:

Einkommen netto im Monat:

☐ bis 1000 Euro ☐ über 1000 Euro

TEIL I

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 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:

	eher		eher		Weder - noch
1.		frisch		matt	
2.		teilnahmslos		teilnahmsvoll	
3.		froh		schwermütig	
4.		erfolgreich		erfolglos	
5.		gereizt		friedlich	
6.		entschlusslos		entschlussfreudig	
7.		lustig		weinerlich	
8.		gutgelaunt		verstimmt	
9.		appetitlos		appetitfreudig	
10.		gesellig		zurückgezogen	
11.		minderwertig		vollwertig	
12.		entspannt		gespannt	
13.		glücklich		unglücklich	
14.		scheu		zugänglich	
15.		sündig		rein	
16.		sicher		bedroht	
17.		verlassen		umsorgt	
18.		ausgewogen		Innerlich getrieben	
19.		selbstsicher		unsicher	
20.		elend		wohl	
21.		beweglich		starr	
22.		müde		ausgeruht	
23.		zögernd		bestimmt	
24.		ruhig		unruhig	
25.		schwunglos		schwungvoll	
26.		nutzlos		unentbehrlich	
27.		schwerfällig		lebhaft	
28.		überlegen		unterlegen	

TEIL II

Hier finden Sie 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 Feststellung an, wie oft die genannte Aussage in den letzten (3) Tagen und Nächten für Sie zutraf.

Zu jeder Frage sind sieben Antwortmöglichkeiten vorgegeben. Durchkreuzen Sie bitte immer diejenige Zahl, die Ihrer Antwort entspricht.

Beispiel:

In den letzten (3) Tagen und Nächten....		selten	manchmal	mehrmals	oft	Sehr oft	immerzu
...habe ich Zeitung gelesen					x		

wenn die „oft“ durchgekreuzt ist, bedeutet dies, dass Sie in den letzten (3) Tagen (oder Nächten) **oft Zeitung gelesen haben**.

Lassen Sie bitte keine Frage unbeantwortet.

Wählen Sie in Zweifelfällen bitte diejenige Antwort, die am ehesten zutrifft. Beziehen Sie Ihre Antwort auf den Zeitraum, der ungefähr die letzten drei Tage und Nächte umfasst.

Bearbeiten Sie die Fragen der Reihe nach ohne längere Unterbrechung.

In den letzten (3) Tagen und Nächten....	nie	selten	manchmal	mehrmals	oft	Sehr oft	immerzu
...habe ich ferngesehen							
...habe ich gelacht							
...war ich missgestimmt							
...habe ich mich körperlich entspannt gefühlt							
...war ich guter Dinge							
...konnte ich mich schlecht konzentrieren							
...habe ich Konflikte mit mir herumgetragen							
...habe ich mit Freunden schöne Stunden verbracht							
...hatte ich Kopfdruck oder Kopfschmerzen							
...hat mich die Arbeit stark ermüdet							
...hatte ich Erfolg							
...habe ich mich körperlich unwohl gefühlt							
...habe ich mich über andere geärgert							
...fühlte ich mich niedergeschlagen							

In den letzten (3) Tagen und Nächten....	nie	selten	manchmal	mehrmals	oft	Sehr oft	immerzu
...war mein Schlaf erholsam							
...hatte ich die „Nase voll“							
...hatte ich gute Laune							
...war ich übermüdet							
...habe ich unruhig geschlafen							
...habe ich mich geärgert							
...fühlte ich mich leistungsfähig							
...war ich aufgebracht							
...habe ich arbeiten vor mir vorgeschoben							
...habe ich wichtige Entscheidung getroffen							
...stand ich unter Leistungsdruck							

TEIL III

	Stimmt nicht	Stimmt kaum	Stimmt eher	Stimmt genau
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.				

TEIL IV

In diesem Fragebogen geht es um Ihre ganz persönliche Antwort auf die folgenden Fragen:

1. Wie wichtig sind diese Ziele für mich?

Ziele	gar nicht	in gering- Maße	in mittlerem Maße	in hohem Maße	In sehr hohem Maße
1. Gesundheit					
2. Wirtschaftliche Sicherheit					
3. Sicherheit vor Arbeitslosigkeit					
4. Stabile Beziehungen zu anderen					
5. Menschen					
6. Ein guter Lebensstandard					
7. Mich für andere Menschen einsetzen					
8. Gute Arbeitsbedingungen					
9. Meine Arbeit mitgestalten können					
10. Beruflich erfolgreich sein					
11. Freude an der Freizeit					
12. Verbundenheit mit anderen Menschen					
13. Geliebt werden					
14. Sexuelle Befriedigung					
15. Ein gutes Zusammenleben in der Familie					
16. Eine gute Entwicklung meines Kindes/meiner Kinder					
17. Positiver Eindruck auf andere					
18. Persönliche Entwicklung					
19. Meine Selbstachtung					
20. Mein Leben als sinnvoll erleben					

2. Inwieweit sind diese Ziele bei mir gegeben?

Ziele	Gar nicht	In gering. Maße	In mittlerem Maße	In hohem Maße	In sehr hohem Maße
1. Gesundheit					
2. Wirtschaftliche Sicherheit					
3. Sicherheit vor Arbeitslosigkeit					
4. Stabile Beziehungen zu anderen					
5. Menschen					
6. Ein guter Lebensstandard					
7. Mich für andere Menschen einsetzen					
8. Gute Arbeitsbedingungen					
9. Meine Arbeit mitgestalten können					
10. Beruflich erfolgreich sein					
11. Freude an der Freizeit					
12. Verbundenheit mit anderen Menschen					
13. Geliebt werden					
14. Sexuelle Befriedigung					
15. Ein gutes Zusammenleben in der Familie					
16. Eine gute Entwicklung meines Kindes/meiner Kinder					
17. Positiver Eindruck auf andere					
18. Persönliche Entwicklung					
19. Meine Selbstachtung					
20. Mein Leben als sinnvoll erleben					

3. Wie viel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?

Ziele	Gar nichts	Etwas	Viel	Sehr viel	kann ich nicht abschätzen
1. Gesundheit					
2. Wirtschaftliche Sicherheit					
3. Sicherheit vor Arbeitslosigkeit					
4. Stabile Beziehungen zu anderen					
5. Menschen					
6. Ein guter Lebensstandard					
7. Mich für andere Menschen einsetzen					
8. Gute Arbeitsbedingungen					
9. Meine Arbeit mitgestalten können					
10. Beruflich erfolgreich sein					
11. Freude an der Freizeit					
12. Verbundenheit mit anderen Menschen					
13. Geliebt werden					
14. Sexuelle Befriedigung					
15. Ein gutes Zusammenleben in der Familie					
16. Eine gute Entwicklung meines Kindes/meiner Kinder					
17. Positiver Eindruck auf andere					
18. Persönliche Entwicklung					
19. Meine Selbstachtung					
20. Mein Leben als sinnvoll erleben					

4. Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?

Ziele	schlechter /Weniger werden	Gleich bleiben	Besser/ mehr werden	Das kann ich nicht abschätze n
1. Gesundheit				
2. Wirtschaftliche Sicherheit				
3. Sicherheit vor Arbeitslosigkeit				
4. Stabile Beziehungen zu anderen				
5. Menschen				
6. Ein guter Lebensstandard				
7. Mich für andere Menschen einsetzen				
8. Gute Arbeitsbedingungen				
9. Meine Arbeit mitgestalten können				
10. Beruflich erfolgreich sein				
11. Freude an der Freizeit				
12. Verbundenheit mit anderen Menschen				
13. Geliebt werden				
14. Sexuelle Befriedigung				
15. Ein gutes Zusammenleben in der Familie				
16. Eine gute Entwicklung meines Kindes/meiner Kinder				
17. Positiver Eindruck auf andere				
18. Persönliche Entwicklung				
19. Meine Selbstachtung				
20. Mein Leben als sinnvoll erleben				

5. Wie zufrieden bin ich mit den einzelnen Bereichen meines Lebens?

Ziele	Sehr unzufrieden	Überwiegend unzufrieden	Etwas unzufrieden	Weder noch	Etwas zufrieden	Überwiegend zufrieden	Sehr zufrieden
1. Gesundheit							
2. Wirtschaftliche Sicherheit							
3. Sicherheit vor Arbeitslosigkeit							
4. Stabile Beziehungen zu anderen							
5. Menschen							
6. Ein guter Lebensstandard							
7. Mich für andere Menschen einsetzen							
8. Gute Arbeitsbedingungen							
9. Meine Arbeit mitgestalten können							
10. Beruflich erfolgreich sein							
11. Freude an der Freizeit							
12. Verbundenheit mit anderen Menschen							
13. Geliebt werden							
14. Sexuelle Befriedigung							
15. Ein gutes Zusammenleben in der Familie							
16. Eine gute Entwicklung meines Kindes/meiner Kinder							
17. Positiver Eindruck auf andere							
18. Persönliche Entwicklung							
19. Meine Selbstachtung							
20. Mein Leben als sinnvoll erleben							

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

Anhang B Das Schreiben des Geschäftsführers an die Selbsthilfegruppen

pro mente | wien

Wien, im Juni 2010

Liebe LeiterInnen und TeilnehmerInnen der Selbsthilfegruppen!

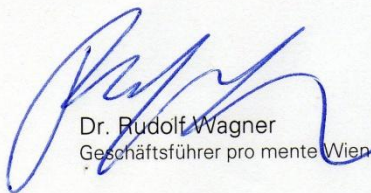
Im Auftrag von *pro mente* und als mein persönliches Anliegen wird eine Wirksamkeitsstudie der Selbsthilfeorientierten Projektarbeit durchgeführt. Ziel der Studie ist es, die qualitativ hochwertige Arbeit der Selbsthilfe nachzuweisen und auch Verbesserungsmöglichkeiten auszuloten. Beides ist für uns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

pro mente Wien
Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit
UID ATU 45152600
ZVR-Zahl 203057806
A-1040 Wien, Grünasse 1A
T +43 (0)1 513 15 30, F +43 (0)1 513 15 30 - 350
pro mente | wien

Anhang C Tabellen

Tabelle I. Familienstand-post hoc

. Mehrfachvergleiche

Bonferroni

Abhängige Variable (I) Familienstand (J) Familienstand			Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Signifikanz	95%-Konfidenzintervall	
						Untergrenze	Obergrenze
Dif.BfS	ledig	verheiratet	3,27391	4,91693	1,000	-10,2965	16,8443
		geschieden	4,28502	5,10376	1,000	-9,8010	18,3710
		lebt in Partnerschaft	-8,11180	5,60336	,928	-23,5767	7,3531
	verheiratet	ledig	-3,27391	4,91693	1,000	-16,8443	10,2965
		geschieden	1,01111	5,96425	1,000	-15,4498	17,4720
		lebt in Partnerschaft	-11,38571	6,39700	,491	-29,0410	6,2695
	geschieden	ledig	-4,28502	5,10376	1,000	-18,3710	9,8010
		verheiratet	-1,01111	5,96425	1,000	-17,4720	15,4498
		lebt in Partnerschaft	-12,39683	6,54170	,387	-30,4514	5,6578
	lebt in Partnerschaft	ledig	8,11180	5,60336	,928	-7,3531	23,5767
		verheiratet	11,38571	6,39700	,491	-6,2695	29,0410
		geschieden	12,39683	6,54170	,387	-5,6578	30,4514
Dif.EBF	ledig	verheiratet	-11,94348	9,40128	1,000	-37,8904	14,0034
		geschieden	-3,50126	9,75852	1,000	-30,4341	23,4316
		lebt in Partnerschaft	-25,16491	10,71376	,140	-54,7341	4,4043
	verheiratet	ledig	11,94348	9,40128	1,000	-14,0034	37,8904
		geschieden	8,44222	11,40380	1,000	-23,0315	39,9159
		lebt in Partnerschaft	-13,22143	12,23121	1,000	-46,9787	20,5359
	geschieden	ledig	3,50126	9,75852	1,000	-23,4316	30,4341
		verheiratet	-8,44222	11,40380	1,000	-39,9159	23,0315
		lebt in Partnerschaft	-21,66365	12,50788	,541	-56,1845	12,8572
	lebt in	ledig	25,16491	10,71376	,140	-4,4043	54,7341

	Partnerschaft	verheiratet	13,22143	12,23121	1,000	-20,5359	46,9787
		geschieden	21,66365	12,50788	,541	-12,8572	56,1845
Dif.SWE	ledig	verheiratet	-1,44348	2,37835	1,000	-8,0076	5,1206
		geschieden	1,17874	2,46872	1,000	-5,6348	7,9923
		lebt in Partnerschaft	-,66776	2,71038	1,000	-8,1482	6,8127
	verheiratet	ledig	1,44348	2,37835	1,000	-5,1206	8,0076
		geschieden	2,62222	2,88495	1,000	-5,3400	10,5845
		lebt in Partnerschaft	,77571	3,09427	1,000	-7,7643	9,3157
	geschieden	ledig	-1,17874	2,46872	1,000	-7,9923	5,6348
		verheiratet	-2,62222	2,88495	1,000	-10,5845	5,3400
		lebt in Partnerschaft	-1,84651	3,16426	1,000	-10,5797	6,8866
	lebt in Partnerschaft	ledig	,66776	2,71038	1,000	-6,8127	8,1482
		verheiratet	-,77571	3,09427	1,000	-9,3157	7,7643
		geschieden	1,84651	3,16426	1,000	-6,8866	10,5797
Dif.FLL4	ledig	verheiratet	-,74261	3,01313	1,000	-9,0586	7,5734
		geschieden	-,37594	3,12762	1,000	-9,0080	8,2561
		lebt in Partnerschaft	1,24311	3,43378	1,000	-8,2339	10,7201
	verheiratet	ledig	,74261	3,01313	1,000	-7,5734	9,0586
		geschieden	,36667	3,65494	1,000	-9,7207	10,4540
		lebt in Partnerschaft	1,98571	3,92013	1,000	-8,8336	12,8050
	geschieden	ledig	,37594	3,12762	1,000	-8,2561	9,0080
		verheiratet	-,36667	3,65494	1,000	-10,4540	9,7207
		lebt in Partnerschaft	1,61905	4,00880	1,000	-9,4450	12,6831
	lebt in Partnerschaft	ledig	-1,24311	3,43378	1,000	-10,7201	8,2339
		verheiratet	-1,98571	3,92013	1,000	-12,8050	8,8336
		geschieden	-1,61905	4,00880	1,000	-12,6831	9,4450
Dif.FLL5	ledig	verheiratet	,03148	4,58090	1,000	-12,6115	12,6744
		geschieden	-2,04986	4,75496	1,000	-15,1732	11,0735
		lebt in Partnerschaft	-1,76081	5,22042	1,000	-16,1688	12,6472

	verheiratet	ledig	-,03148	4,58090	1,000	-12,6744	12,6115
		geschieden	-2,08133	5,55665	1,000	-17,4173	13,2546
		lebt in Partnerschaft	-1,79229	5,95982	1,000	-18,2410	14,6564
	geschieden	ledig	2,04986	4,75496	1,000	-11,0735	15,1732
		verheiratet	2,08133	5,55665	1,000	-13,2546	17,4173
		lebt in Partnerschaft	,28905	6,09463	1,000	-16,5317	17,1098
	lebt in Partnerschaft	ledig	1,76081	5,22042	1,000	-12,6472	16,1688
		verheiratet	1,79229	5,95982	1,000	-14,6564	18,2410
		geschieden	-,28905	6,09463	1,000	-17,1098	16,5317
Dif.FLL6	ledig	verheiratet	-3,75357	3,89788	1,000	-14,5115	7,0043
		geschieden	2,53266	4,04600	1,000	-8,6340	13,6993
		lebt in Partnerschaft	-7,97528	4,44205	,476	-20,2350	4,2845
	verheiratet	ledig	3,75357	3,89788	1,000	-7,0043	14,5115
		geschieden	6,28622	4,72815	1,000	-6,7631	19,3356
		lebt in Partnerschaft	-4,22171	5,07121	1,000	-18,2179	9,7745
	geschieden	ledig	-2,53266	4,04600	1,000	-13,6993	8,6340
		verheiratet	-6,28622	4,72815	1,000	-19,3356	6,7631
		lebt in Partnerschaft	-10,50794	5,18592	,292	-24,8207	3,8048
	lebt in Partnerschaft	ledig	7,97528	4,44205	,476	-4,2845	20,2350
		verheiratet	4,22171	5,07121	1,000	-9,7745	18,2179
		geschieden	10,50794	5,18592	,292	-3,8048	24,8207
Dif.FLL7	ledig	verheiratet	-8,17826	3,77784	,214	-18,6048	2,2483
		geschieden	3,74396	3,92140	1,000	-7,0788	14,5667
		lebt in Partnerschaft	-10,33540	4,30525	,123	-22,2176	1,5468
	verheiratet	ledig	8,17826	3,77784	,214	-2,2483	18,6048
		geschieden	11,92222	4,58254	,075	-,7253	24,5697
		lebt in Partnerschaft	-2,15714	4,91503	1,000	-15,7223	11,4080
	geschieden	ledig	-3,74396	3,92140	1,000	-14,5667	7,0788
		verheiratet	-11,92222	4,58254	,075	-24,5697	,7253

		lebt in Partnerschaft	-14,07937*	5,02621	,045	-27,9514	-,2074
	lebt in Partnerschaft	ledig	10,33540	4,30525	,123	-1,5468	22,2176
		verheiratet	2,15714	4,91503	1,000	-11,4080	15,7223
		geschieden	14,07937*	5,02621	,045	,2074	27,9514
Dif.FLL8	ledig	verheiratet	-7,95870	7,47679	1,000	-28,5941	12,6767
		geschieden	,99686	7,76089	1,000	-20,4227	22,4164
		lebt in Partnerschaft	-6,84441	8,52059	1,000	-30,3606	16,6718
	verheiratet	ledig	7,95870	7,47679	1,000	-12,6767	28,5941
		geschieden	8,95556	9,06938	1,000	-16,0753	33,9864
		lebt in Partnerschaft	1,11429	9,72741	1,000	-25,7327	27,9613
	geschieden	ledig	-,99686	7,76089	1,000	-22,4164	20,4227
		verheiratet	-8,95556	9,06938	1,000	-33,9864	16,0753
		lebt in Partnerschaft	-7,84127	9,94745	1,000	-35,2955	19,6130
	lebt in Partnerschaft	ledig	6,84441	8,52059	1,000	-16,6718	30,3606
		verheiratet	-1,11429	9,72741	1,000	-27,9613	25,7327
		geschieden	7,84127	9,94745	1,000	-19,6130	35,2955

*. Die Differenz der Mittelwerte ist auf dem Niveau 0.05 signifikant.

Tabelle II. Beruf.

ONEWAY deskriptive Statistiken								
					95%- Konfidenzintervall für den Mittelwert			
					Untergrenze	Obergrenze		
	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler			Minimum	Maximum
Dif.BfS Technische Berufe	8	16,0000	12,00000	4,24264	5,9677	26,0323	-7,00	29,00
Sozial & Gesundheitswesen	5	10,2000	16,36154	7,31710	-10,1155	30,5155	-12,00	31,00
Bildung	9	13,5556	14,44049	4,81350	2,4556	24,6555	-7,00	37,00

	kaufmännische Berufe	2	10,3636	13,13500	2,80039	4,5399	16,1874	-10,00	34,00
		2							
		4	12,0227	13,29012	2,00356	7,9822	16,0633	-12,00	37,00
		4							
Dif.EB F	Technische Berufe	8	22,0000	20,83267	7,36546	4,5835	39,4165	-12,00	56,00
	Sozial & Gesundheitswesen	5	11,3100	40,71984	18,21047	-39,2504	61,8704	-45,00	67,55
	Bildung	9	17,6667	28,09804	9,36601	-3,9314	39,2647	-15,00	64,00
	kaufmännische Berufe	2	18,8614	25,85043	5,51133	7,3999	30,3228	-46,48	58,00
		2							
	Gesamt	4	18,3295	26,58199	4,00739	10,2479	26,4112	-46,48	67,55
		4							
Dif.SW E	Technische Berufe	8	4,6250	8,10533	2,86567	-2,1512	11,4012	-5,00	16,00
	Sozial & Gesundheitswesen	5	2,2000	7,15542	3,20000	-6,6846	11,0846	-3,00	14,00
	Bildung	9	-,8889	4,45658	1,48553	-4,3145	2,5367	-7,00	7,00
	kaufmännische Berufe	2	4,9259	5,76655	1,22943	2,3692	7,4827	-4,00	15,00
		2							
	Gesamt	4	3,3720	6,39372	,96389	1,4282	5,3159	-7,00	16,00
		4							
Dif.FLL 4	Technische Berufe	8	1,6250	8,36553	2,95766	-5,3688	8,6188	-11,00	14,00
	Sozial & Gesundheitswesen	5	-,2000	4,96991	2,22261	-6,3710	5,9710	-8,00	5,00
	Bildung	9	-1,0000	7,87401	2,62467	-7,0525	5,0525	-18,00	9,00
	kaufmännische Berufe	2	3,7282	8,67205	1,84889	-,1168	7,5732	-22,98	22,00
		2							
	Gesamt	4	1,9323	8,12089	1,22427	-,5367	4,4012	-22,98	22,00
		4							
Dif.FLL 5	Technische Berufe	8	6,0650	9,38872	3,31941	-1,7842	13,9142	-9,00	18,00
	Sozial & Gesundheitswesen	5	4,8620	7,46661	3,33917	-4,4090	14,1330	-2,00	16,00

Bildung	9	1,1111	13,64225	4,54742	-9,3753	11,5975	-26,00	23,00
kaufmännische Berufe	2	8,7509	12,96065	2,76322	3,0045	14,4973	-21,00	37,00
	2							
Gesamt	4	6,2580	12,04801	1,81631	2,5950	9,9209	-26,00	37,00
	4							
Dif.FLL 6 Technische Berufe	8	3,2050	12,05863	4,26337	-6,8763	13,2863	-11,36	24,00
Sozial & Gesundheitswesen	5	7,9000	4,74868	2,12368	2,0037	13,7963	3,00	14,00
Bildung	9	6,1111	10,36152	3,45384	-1,8535	14,0757	-11,00	19,00
kaufmännische Berufe	2	8,5745	11,33815	2,41730	3,5475	13,6016	-8,00	34,00
	2							
Gesamt	4	7,0177	10,61755	1,60066	3,7897	10,2458	-11,36	34,00
	4							
Dif.FLL 7 Technische Berufe	8	7,3750	11,08329	3,91853	-1,8909	16,6409	-10,00	26,00
Sozial & Gesundheitswesen	5	10,0000	13,63818	6,09918	-6,9340	26,9340	-1,00	29,00
Bildung	9	7,6667	10,72381	3,57460	-,5764	15,9097	-7,00	22,00
kaufmännische Berufe	2	8,0909	9,19580	1,96055	4,0137	12,1681	-9,00	26,00
	2							
Gesamt	4	8,0909	10,02745	1,51169	5,0423	11,1395	-10,00	29,00
	4							
Dif.FLL 8 Technische Berufe	8	16,8750	14,13645	4,99799	5,0566	28,6934	4,00	36,00
Sozial & Gesundheitswesen	5	10,7460	21,31930	9,53428	-15,7254	37,2174	-12,00	44,00
Bildung	9	3,3333	16,68832	5,56277	-9,4944	16,1611	-20,00	36,00
kaufmännische Berufe	2	17,7727	20,50536	4,37176	8,6812	26,8643	-11,00	68,00
	2							
Gesamt	4	13,8575	19,12632	2,88340	8,0426	19,6724	-20,00	68,00
	4							

Tabelle III. Ausbildung- keine signifikante Ergebnisse.

ONEWAY ANOVA						
		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Dif.BfS	Zwischen den Gruppen	648,846	3	216,282	1,270	,296
	Innerhalb der Gruppen	7662,420	45	170,276		
	Gesamt	8311,265	48			
Dif.EBF	Zwischen den Gruppen	210,145	3	70,048	,101	,959
	Innerhalb der Gruppen	31296,469	45	695,477		
	Gesamt	31506,614	48			
Dif.SWE	Zwischen den Gruppen	32,775	3	10,925	,277	,842
	Innerhalb der Gruppen	1776,313	45	39,474		
	Gesamt	1809,089	48			
Dif.FLL4	Zwischen den Gruppen	89,494	3	29,831	,484	,695
	Innerhalb der Gruppen	2775,507	45	61,678		
	Gesamt	2865,000	48			
Dif.FLL5	Zwischen den Gruppen	40,330	3	13,443	,092	,964
	Innerhalb der Gruppen	6581,806	45	146,262		
	Gesamt	6622,136	48			
Dif.FLL6	Zwischen den Gruppen	38,016	3	12,672	,108	,955
	Innerhalb der Gruppen	5269,446	45	117,099		
	Gesamt	5307,462	48			
Dif.FLL7	Zwischen den Gruppen	452,545	3	150,848	1,288	,290
	Innerhalb der Gruppen	5270,435	45	117,121		
	Gesamt	5722,980	48			
Dif.FLL8	Zwischen den Gruppen	925,302	3	308,434	,803	,499
	Innerhalb der Gruppen	17291,270	45	384,250		
	Gesamt	18216,572	48			

Tabelle IV. Geschlechtsunterschiede zum zweiten Messzeitpunkt

Test bei unabhängigen Stichproben		
	Levene-Test der Varianzgleichheit	T-Test für die Mittelwertgleichheit

						Sig. (2- seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz	95% Konfidenzintervall der Differenz	
		F	Signifikanz	T	df				Untere	Obere
SUM.Z.BfS	Varianzen sind gleich	,049	,826	-,154	47	,879	-,52857	3,44154	-7,45205	6,39490
	Varianzen sind nicht gleich			-,146	21,689	,885	-,52857	3,62302	-8,04851	6,99137
SUM.Z.EBF	Varianzen sind gleich	,308	,582	-,235	47	,816	-1,40800	6,00219	-13,48286	10,66686
	Varianzen sind nicht gleich			-,223	21,690	,826	-1,40800	6,31854	-14,52274	11,70674
SUM.Z.SWE	Varianzen sind gleich	,413	,524	,310	47	,758	,54286	1,75080	-2,97929	4,06501
	Varianzen sind nicht gleich			,298	22,143	,769	,54286	1,82309	-3,23658	4,32230
SUM.Z.FLL4	Varianzen sind gleich	,038	,847	,014	47	,989	,04229	3,03978	-6,07296	6,15753
	Varianzen sind nicht gleich			,014	24,705	,989	,04229	2,99903	-6,13806	6,22264
SUM.Z.FLL5	Varianzen sind gleich	,517	,476	-1,540	47	,130	-5,18629	3,36819	-11,96221	1,58963
	Varianzen sind nicht gleich			-1,475	22,038	,154	-5,18629	3,51599	-12,47727	2,10470
SUM.Z.FLL6	Varianzen sind gleich	,136	,714	-1,020	47	,313	-3,22857	3,16599	-9,59771	3,14057
	Varianzen sind nicht gleich			-1,027	24,363	,315	-3,22857	3,14414	-9,71265	3,25550
SUM.Z.FLL7	Varianzen sind gleich	1,536	,221	-,788	47	,435	-2,40000	3,04659	-8,52895	3,72895
	Varianzen sind nicht gleich			-,691	18,917	,498	-2,40000	3,47227	-9,66970	4,86970

SUM.Z.FLL8 Varianzen	,503	,481	-	47	,145	-7,95486	5,36749	-	2,84314
sind gleich			1,482					18,75286	
Varianzen			-	19,400	,202	-7,95486	6,02195	-	4,63165
sind nicht			1,321					20,54136	
gleich									

Tabelle V. Alter

Befindlichkeit

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Dif.BfS	10,8776	13,15870	49
in Jahren	38,9388	8,98936	49

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,151 ^a	,023	,002	13,14618	2,041

a. Einflußvariablen : (Konstante), in Jahren

b. Abhängige Variable: Dif.BfS

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	19,464	8,431		2,309	,025
	in Jahren	-,221	,211	-,151	-1,045	,301

a. Abhängige Variable: Dif.BfS

Erholung-Belastung

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Dif.EBF	16,7320	25,62007	49
in Jahren	38,9388	8,98936	49

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,040 ^a	,002	-,020	25,87032	2,119

a. Einflußvariablen : (Konstante), in Jahren

b. Abhängige Variable: Dif.EBF

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	21,187	16,591		1,277	,208
	in Jahren	-,114	,415	-,040	-,275	,784

a. Abhängige Variable: Dif.EBF

Selbstwirksamkeit

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Dif.SWE	3,1300	6,13917	49
in Jahren	38,9388	8,98936	49

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,132 ^a	,017	-,003	6,14963	1,840

a. Einflußvariablen : (Konstante), in Jahren

b. Abhängige Variable: Dif.SWE

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		

1	(Konstante)	6,647	3,944		1,685	,099
	in Jahren	-,090	,099	-,132	-,915	,365

a. Abhängige Variable: Dif.SWE

Zufriedenheit

FLL4: Wie wichtig sind diese Ziele für mich?

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Dif.FLL4	2,0004	7,72577	49
in Jahren	38,9388	8,98936	49

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,155 ^a	,024	,003	7,71277	2,055

a. Einflußvariablen : (Konstante), in Jahren

b. Abhängige Variable: Dif.FLL4

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient	Standardfehler	Beta		
		izientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	7,198	4,946		1,455	,152
	in Jahren	-,133	,124	-,155	-1,078	,287

a. Abhängige Variable: Dif.FLL4

FLL5: Inwieweit sind diese Ziele bei mir gegeben?

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Dif.FLL5	5,9051	11,74569	49
in Jahren	38,9388	8,98936	49

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,029 ^a	,001	-,020	11,86509	2,410

a. Einflußvariablen : (Konstante), in Jahren

b. Abhängige Variable: Dif.FLL5

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient	Standardfehler	Beta		
		izientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	7,365	7,609		,968	,338
	in Jahren	-,038	,191	-,029	-,197	,845

a. Abhängige Variable: Dif.FLL5

FLL6: Wie viel kann ich selbst dazu tun, damit ich erreiche, was ich möchte?

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Dif.FLL6	6,7506	10,51533	49
in Jahren	38,9388	8,98936	49

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,019 ^a	,000	-,021	10,62471	2,406

a. Einflußvariablen : (Konstante), in Jahren

b. Abhängige Variable: Dif.FLL6

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient	Standardfehler	Beta		
		izientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	5,891	6,814		,865	,392
	in Jahren	,022	,171	,019	,129	,898

a. Abhängige Variable: Dif.FLL6

FLL7: Wie sieht meine absehbare Zukunft aus?

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Dif.FLL7	7,9796	10,91919	49
in Jahren	38,9388	8,98936	49

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,201 ^a	,040	,020	10,80951	1,661

a. Einflußvariablen : (Konstante), in Jahren

b. Abhängige Variable: Dif.FLL7

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	17,487	6,932		2,522	,015
	in Jahren	-,244	,174	-,201	-1,407	,166

a. Abhängige Variable: Dif.FLL7

FLL8: Wie zufrieden bin ich mit den einzelnen Bereichen meines Lebens?

Deskriptive Statistiken

	Mittelwert	Standardabweichung	N
Dif.FLL8	11,8602	19,48107	49
in Jahren	38,9388	8,98936	49

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Durbin-Watson-Statistik
1	,012 ^a	,000	-,021	19,68590	2,320

a. Einflußvariablen : (Konstante), in Jahren

b. Abhängige Variable: Dif.FLL8

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		RegressionskoeffizientB	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	12,839	12,625		1,017	,314
	in Jahren	-,025	,316	-,012	-,079	,937

a. Abhängige Variable: Dif.FLL8

Anhang E Lebenslauf

Curriculum Vitae

Katarzyna Kwiatkowska-Chodnicka

Geburtsdatum: 23.01.1981

Geburtsort: Warschau, Polen

Nationalität: Polen

Ausbildung

Seit 2010 Psychotherapeutisches Propädeutikum, *pro mente* Akademie

Seit 2004 Universität Wien

- Psychologie

2001 Kardynal Wyszyński Universität in Warschau

- Psychologie

1996- 2000 XXIII LO im Marii Skłodowskiej- Curie, Warschau

1988- 1996 Volksschule, Warschau

Berufserfahrung und berufsrelevante Praktika

Seit 2010 *pro mente* Wien (Angestellte)

Seit 2009 Verein Jung und Alt (Ehrenamt)

07.-09. 2008 Frauengesundheitszentrum FEM (Praktikum)

07.-08. 2007 Caritas, Haus Braunspergengasse (Praktikum)

Zusatzqualifikationen

Führerschein B, EDV - Kenntnisse

Fremdsprachen

Polnisch Muttersprache

Deutsch fließend

Englisch fließend

Italienisch kommunikativ

Hobbys und Interessen

Reiten

Lesen