

1. Einleitung

Die Evaluation von Psychotherapiemethoden ist ein auch außerhalb von Fachkreisen in einer breiteren Öffentlichkeit diskutiertes Thema (SPIEGEL 30/94). Hintergrund ist ein öffentliches Interesse über das, was hinter verschlossenen Türen von psychotherapeutischen Praxen "auf der Couch" vorgeht. Es geht, in anderen Worten ausgedrückt, um eine Entzauberung des Mythos der Psychotherapie. Aktueller Bezugspunkt ist die in letzter Zeit intensiv geführte Debatte zur Durchsetzung eines Psychotherapiegesetzes und der damit verbundenen Frage, wie wirksam welche Psychotherapiemethode eigentlich ist (Grawe, 1994). Eine gesetzliche Regelung der Bezahlung von Psychotherapie durch die Krankenkassen ist eine der wesentlichen Voraussetzungen über die in Zukunft angebotenen Methoden von Psychotherapie und damit eine Entscheidung über das Schicksal vieler psychotherapeutischer Praxen und Ausbildungseinrichtungen. Das von der Bundesregierung in Auftrag gegebene Gutachten zur Wirksamkeit von Psychotherapie hat einiges an Resonanz hervorgerufen (Grawe, 1992 a; Hoffmann, 1992; Hellhammer, 1992; Bastine, 1992; Grawe, 1992 b) und läßt erahnen, daß sich VertreterInnen bestimmter Psychotherapiemethoden existentielle Sorgen um ihre zukünftige Tätigkeit machen müssen, wenn die von ihnen angewandte Form der Therapie einem wissenschaftlichen Wirkungsnachweis nicht standhält. Die dadurch entstehende Selektion wissenschaftlich abgesicherter Therapieangebote erhöht zwar die Sicherheit für den jeweiligen Patienten, keine falsche Behandlung zu erhalten, kann sich aber hemmend auf die Entwicklung neuer Formen der Psychotherapie auswirken, die besser oder anders helfen könnten.

Fragestellungen und Methoden der Psychotherapieforschung sollen in dieser Untersuchung auf eine Beratungsform angewendet werden, die auf psychotherapeutischen Ansätzen basiert. Hierbei stehen die TeilnehmerInnen einer Ausbildung in der Beratungsform des Peer Counseling, damit ist hier die Beratung von Behinderten für Behinderte gemeint, im Mittelpunkt meines Interesses. Außer Betracht bleibt die Fragestellung, inwieweit das Anwenden der Beratungsform des Peer Counseling für die Ratsuchenden hilfreich ist. Voraussetzung für eine solche Untersuchung über die Effekte von Peer Counseling ist es zunächst einmal, BeraterInnen zur Verfügung zu haben, die in dieser Beratungsform ausgebildet sind. Auf der Ebene einer Beratungsausbildung in Peer Counseling, wie effektiv sie sein kann und wie dieser Effekt gemessen werden kann, soll sich diese Arbeit bewegen. Dabei können die folgenden zwei Fragen als Grundlage für die Arbeit angesehen werden:

1. Was soll durch die Ausbildung in Peer Counseling bei den zukünftigen BeraterInnen bewirkt werden?
2. Wie kann dieser Effekt gemessen werden?

2. Independent Living - die Bürgerrechtsbewegung behinderter Menschen

Um den Begriff Peer Counseling zu verstehen, ist es hilfreich, sich die Entstehung dieser Beratungsform zu verdeutlichen, die eng mit der Geschichte der "Independent Living-Bewegung", der Bürgerrechtsbewegung behinderter Menschen verknüpft ist (Österwitz, 1988, Ratzka, 1988, Miles-Paul, 1993).

Die Anfänge der Independent Living-Bewegung liegen in den 60er Jahren, als sich in Kalifornien Behinderte, die weitgehend auf persönliche Assistenz (Pflege) angewiesen waren,

den Zugang zu Universitäten gegen den Widerstand der Hochschulverwaltungen erkämpften. Personen aus der entstehenden Independent Living-Bewegung, wie der erst vor kurzem verstorbene Ed Roberts, nahmen ein reguläres Studium auf und organisierten selbstbestimmt ihren Alltag durch persönliche Assistenz außerhalb von ausgrenzenden Sondereinrichtungen für Behinderte. An den Hochschulen wurden Service-Dienste für behinderte Studierende eingerichtet, wie das "Disabled Student's Program" in Berkeley, um Behinderten ein chancengleiches Studium zu ermöglichen. (Miles-Paul, 1994; Laurie, 1982)

In New York setzte sich eine Gruppe Behinderter mit dem Namen "Disabled in Action" durch spektakuläre Aktionen wie Demonstrationen und Blockaden für die Gleichberechtigung behinderter Menschen ein. Unter ihnen war Judy Heumann, die, begleitet von großem öffentlichen Interesse, einen Prozeß gewann, der die staatliche Schulverwaltung dazu zwingen mußte, sie trotz ihrer Behinderung als Lehrerin in den Schuldienst aufzunehmen (Miles-Paul, 1993). Heute ist Judy Heumann im Range einer Staatssekretärin im Bildungsministerium der Vereinigten Staaten in Washington tätig.

Inspiriert und unterstützt von der Bürgerrechtsbewegung der Afroamerikaner, der Frauen und der homosexuellen Männer und Frauen der 50er und 60er Jahre in den USA kämpfte die Independent Living-Bewegung für die Verwirklichung der Bürgerrechte für behinderte Menschen, für eine gleichberechtigte Teilnahme am öffentlichen Leben und für die gleichen Zugangsmöglichkeiten zu staatlichen und privaten Institutionen, wie es für Nichtbehinderte selbstverständlich ist (DeJong, 1982). Ziel war und ist, ein selbstbestimmtes Leben in der Kommune außerhalb von aussondernden Einrichtungen führen zu können. Mittel zur Durchsetzung dieser Forderungen waren Demonstrationen und Aktionen, legendär war die ca. 26 Tage dauernde Besetzung eines Regierungsgebäudes in San Francisco (Miles-Paul, 1993).

Resultat dieser Aktivitäten ist eine in den USA existierende beispielgebende Antidiskriminierungsgesetzgebung. So regelt der Rehabilitation Act 504, der 1973 verabschiedet und nach langwierigen Auseinandersetzungen schließlich 1977 vom Präsidenten der USA in Kraft gesetzt wurde, daß nur Einrichtungen mit staatlichen Geldern unterstützt werden, die auch von Behinderten genutzt werden können. (Lange, 1992)

Eine weitreichende Ergänzung fand die Anti-Diskriminierungs- und Gleichstellungsgesetzgebung in den USA durch das 1990 verabschiedete ADA (American with Disabilities Act). Im ADA sind die Bereiche des Arbeitslebens, des öffentlichen Transportwesens, der Telekommunikation und die Zugänglichkeit von öffentlichen Gebäuden erfaßt. Einer der zentralen Punkte dieses umfassenden Anti-Diskriminierungsgesetzes ist, daß behinderte Menschen selbst oder deren Interessenvertretung ein Klagerecht zur Durchsetzung der jeweiligen Bestimmungen besitzen. Dies bedeutet, wenn ein Kino nur über Stufen zugänglich ist oder eine Telefongesellschaft sich weigert, einen Übersetzungsservice für gehörlose Menschen einzurichten, daß dann behinderte Menschen dagegen gerichtlich vorgehen können und die betroffenen Organisationen mit nicht unerheblichen Sanktionen zu rechnen haben. (Rösch, 1992)

Diese Errungenschaften und deren Durchsetzung wurde durch ein verändertes Selbstbewußtsein behinderter Menschen ermöglicht. Behinderung wird nicht länger als individuelles Schicksal angesehen, im Mittelpunkt steht die gesellschaftlich bedingte Diskriminierung behinderter Menschen. Behinderte haben sich selbst als politische Wesen begriffen, die selbst für ihre Interessen eintreten und sich nicht mehr von nichtbehinderten Fürsprechern der Wohlfahrtsverbände bevormunden lassen.

Die Independent Living-Bewegung geht von den Fähigkeiten aus, die jeder Mensch besitzt und nicht wie üblicherweise von den Defiziten aufgrund einer Behinderung (Rösch, 1995),

die es durch medizinische und rehabilitative Maßnahmen an ein von außen vorgegebenes Normalitätsideal anzugleichen gilt.

2.1 Die Centers for Independent Living (CIL)

Die bereits erwähnten behinderten Studierenden waren es auch, die 1972 das erste "Center for Independent Living (CIL)" in Berkeley gründeten. In diesem Dienstleistungs- und Beratungszentrum wurde, aufgrund der eigenen Erfahrung, Unterstützung von Behinderten für Behinderte zur Führung eines selbstbestimmten Lebens in der Kommune angeboten. Dieses Projekt hat an vielen Orten der Vereinigten Staaten Nachahmer gefunden, nach Miles-Paul (1992) existierten 1986 rund 300 CIL's in den USA. Es ist anzunehmen, daß es inzwischen noch einige mehr gibt. Österwitz (1988) beschreibt die in der Regel durch ein CIL angebotenen Leistungen folgendermaßen:

Peer Counseling - Beratung für Betroffene durch Betroffene

Informations- und Vermittlungsdienste

Beratung bei Wohnungsvermittlung und Wohnungsanpassung

Helfervermittlung und Beratungstraining zu persönlicher Assistenz, Anleitungs- und

Abrechnungsfragen

Sozialrechts-Beratung

Allgemeine Rechtsberatung

Rechtsvertretung

Arbeitsberatung

Berufsfindung und Hilfen bei der Stellenvermittlung

Kommunalpolitische Interessenvertretung, Gemeindeentwicklung (Community development)

Entwicklung und Durchführung von Training für Betroffene in Independent Living Skills (Fähigkeiten und Fertigkeiten zum selbstbestimmten Leben)

Entwicklung und Durchführung verschiedener psychologisch-pädagogischer

Trainingsprogramme (wie z.B. Sensitivity-Trainings, Selbstsicherheitstraining)

Unterhalt von Behindertenfahrdiensten

Informelle Kontakte

Kommunikationszentrum.

2.2 Peer Counseling als pädagogische Methode der Independent Living-Bewegung

Peer Counseling ist ein nicht leicht ins Deutsche zu übertragender Begriff, der soviel wie "Beratung Betroffener durch gleichartig Betroffene" meint. Er bezeichnet eine Beratungsform, die in den USA in verschiedenen Bereichen Anwendung findet. An US-amerikanischen Hochschulen gibt es Peer Counseling-Angebot von und für Studierende, Schwule beraten Schwule ("Gay Counseling") (D'Andrea & Salovey, 1983) und es gibt Peer Counseling als Beratung und Unterstützung von Behinderten für Behinderte. Erste Peer Counseling-Ausbildungsprogramme, die auch Vorbild für das in dieser Untersuchung verwendete Peer Counseling-Training Programm ist, wurden von Psychologen an US-amerikanischen Hochschulen um das Jahr 1970 zur gegenseitigen Unterstützung von StudentInnen entwickelt. Diese Arbeit bezieht sich auf das Peer Counseling, das im Bereich der Beratung von und für Behinderte entwickelt wurde und angewendet wird.

Peer Counseling ist von vorneherein als Beratungsmethode ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit der CILs gewesen. Nach Saxton (1983) geben 100 % der CILs in den USA Peer Counseling als Bestandteil ihres Programms an, 92 % berichten, daß Peer Counseling ein primärer Bereich ihres Angebots ist. Dieses Angebot hat, je nach Struktur und Lage des

Independent Living-Programms unterschiedliche Formen. Peer Counseling kann in den Räumen eines CILs stattfinden, in ländlichen Gebieten sind Beratungsgespräche vor Ort in den Wohnungen, Heimen oder Kliniken üblich, wo sich die Ratsuchenden befinden. Rehabilitationseinrichtungen oder Kliniken setzen Peer Counselors (behinderte BeraterInnen) je nach Bedarf ein, bei Eingliederungsmaßnahmen werden Peer Counselors als TrainerInnen für "Independent Living"-Fertigkeiten wie Umgang und Verwaltung persönlicher Assistenz, Nutzung eigener Ressourcen etc. beschäftigt. Eine mehr zielgerichtete Definition der Rolle des Peer Counseling gibt Schatzlein (Zitat nach Saxton, 1983):

"Peer Counseling is a necessary adjunct to the rehabilitation process in which a severely disabled person who has made a successful transition from institutional to independent community living provides resource information, support, understanding, and direction to another disabled person who desires to make a similar transition"

Die Begrenzung dieser Definition auf den Prozeß der Rehabilitation und den Wechsel von Institutionen zu einem Leben in der Gemeinde muß nicht für jede Form des Peer Counseling zutreffend sein. Auch behinderte Personen, die außerhalb von Institutionen leben, nutzen Peer Counseling zur Auseinandersetzung mit ihren Probleme, Bewältigung von Diskriminierungen und zur Förderung eigener Ressourcen.

Der "Peer"-Charakter der Beratung wird dadurch gewährleistet, daß nur Behinderte im Beratungsbereich eines CIL eingesetzt werden. Die Qualifikation ergibt sich aus dem grundlegenden Selbstverständnis von Independent Living nach Ratzka (1988), "daß wir [die Behinderten] die besten Experten sind, wenn es um unsere Bedürfnisse und deren Lösungen geht". Das grundlegende Setting in der Beratungsform des Peer Counseling, daß sich ein/e behinderte/r Ratsuchende/r einem/einer ebenfalls behinderten Berater/in gegenüber befindet, ermöglicht die Entwicklung "einer größeren Vertrauensbasis (...), grundlegende Gegebenheiten, die mit der Behinderung zusammenhängen (sind) dem/der BeraterIn selbst nicht fremd" (Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen, Mainz, 1994). Wie die Möglichkeit der behinderten BeraterIn als positives Rollenmodell (Saxton, 1983) wahrgenommen werden kann, durch das eine Orientierung und ein Lernen am Modell ermöglicht wird, beschreibt Ratzka (1988): "Das wichtigste Element beim Peer Counseling ist das Beispiel eines anderen, mit dem ich mich gleichstellen kann. Das Vorbild eines Kollegen gibt einen eindrucksvolleren und nachhaltigeren Effekt als der Einsatz des besten nichtbehinderten Experten".

Die Independent Living-Bewegung geht, wie bereits erwähnt, in Abkehr vom traditionellen Rehabilitationsparadigma (DeJong, 1982) von den Fähigkeiten und nicht von den Defiziten behinderter Menschen aus. Aus diesem Grund wird im Peer Counseling nach dem Prinzip des "Empowerment" (Bolles, 1994) gearbeitet, d.h. die Beratung wird in einem ermächtigenden Sinn zugunsten des/der Ratsuchenden verstanden. Das Streben jeder Person nach größtmöglicher Selbstbestimmung (Reinarz & Ochel, 1992) soll durch die Beratung verstärkt und gefördert werden. Ziel ist, dem/der Ratsuchenden ein möglichst großes Selbstvertrauen zu vermitteln, sein Leben eigenständig zu bewältigen, Entscheidungen selbst zu treffen und Potentiale für die Lösung persönlicher Probleme bei sich selbst zu finden. Die Beratung im Sinne des Peer Counseling geschieht in bewußter Abgrenzung von Ratschlägen oder Hilfen, die eine einmalige Lösung eines Problems zum Ziel haben, deren Hintergrund und Prozeßhaftigkeit aber von dem/der Ratsuchenden nicht nachvollzogen werden können und dadurch die Abhängigkeit von der Beratung vergrößern, was wiederum zu einer größeren Fremdbestimmung führen kann.

Die Gefahr bei einer Beratung von Nichtbehinderten für Behinderte besteht darin, daß sich für den/die behinderte Ratsuchenden die alltäglich erfahrenen unangenehmen

Abhängigkeitsverhältnisse und existierende Machtunterschiede in der Beratungssituation widerspiegeln. Peer Counseling dagegen bietet die Chance, auf Gefühle vorbehaltloser eingehen zu können, die von Behinderten im Alltag verdrängt werden, beispielsweise weil die Abhängigkeit von einer Hilfsperson keine emotionalen Ausbrüche vertragen (Reinarz & Ochel, 1992). Angst vor Abhängigkeit, Trauer, Wut über eine Umwelt voller Barrieren sind Gefühle, die beim Peer Counseling verständnisvoll anerkannt werden können und nicht als Schwäche ausgelegt werden. Gerade das Zeigen von Schwäche ist in der Interaktion zwischen Nichtbehinderten und Behinderten für die Behinderten besonders fatal, da in einem leistungsbezogenen Gesellschaftssystem von behinderten Menschen ein überdurchschnittliches Maß an Stärke und Leistungskraft erwartet wird, um gesellschaftliche Anerkennung zu finden.

Das im Peer Counseling geforderte Einfühlungsvermögen ist nicht zwangsläufig durch die Eigenschaft der eigenen Behinderung vorhanden. Aus diesem Grund legen die Ausbildungsprogramme in Peer Counseling großen Wert auf das Einüben der Fähigkeit "gut zuhören zu können" und auf Gefühle des Gegenübers in der Beratung einzugehen. Als Voraussetzung dafür wird eine gewisse Auseinandersetzung mit der eigenen Person und den Umgang mit der eigenen Behinderung angesehen. (Reinarz, 1995)

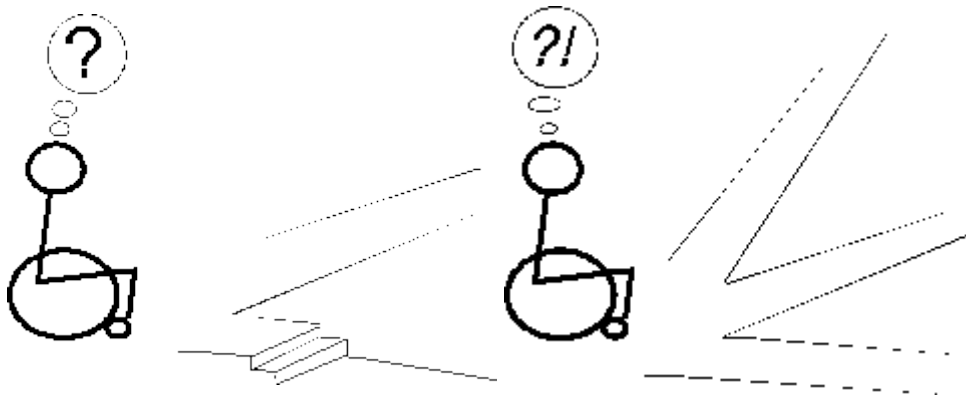
Zusammenfassend kann Peer Counseling nach Bill und Vicki Bruckner (1994) folgendermaßen definiert werden:

"Peer counseling" ist die Anwendung von Problemlösungs-Techniken und aktivem Zuhören, um Menschen, die "gleichartig" ("peers") sind, Hilfestellung zu geben".

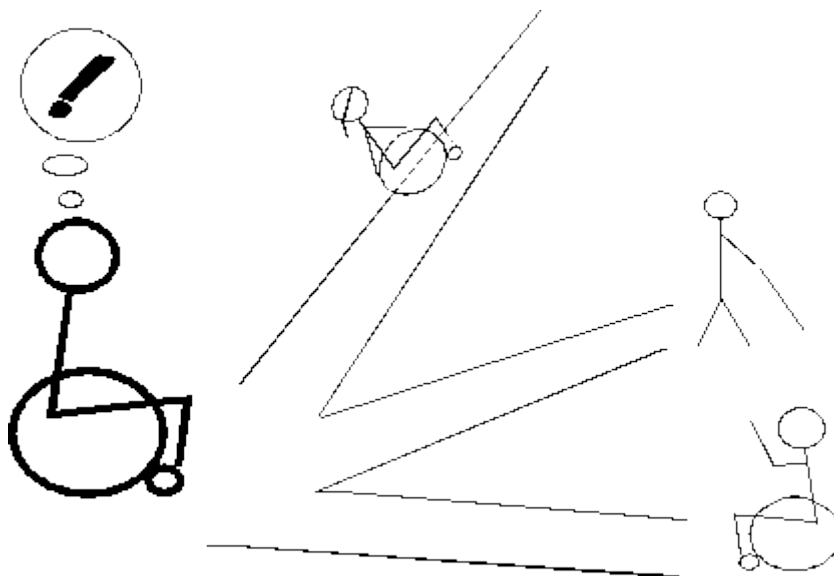
Die Haltung, die die Beratung im Sinne des Peer Counseling charakterisiert, wird im Peer Counseling Training Manual des Independent Living Resource Centers in San Francisco (Autonomes Behindertenreferat AStA Uni Mainz & Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland, 1994) wie folgt erläutert:

"Die dem Peer Counseling zugrunde liegende Annahme ist, daß jeder/jede, so er/sie die Gelegenheit dazu bekommt, die meisten seiner eigenen Probleme des täglichen Lebens selbst lösen kann. Es ist also nicht die Aufgabe eines Peer Counselors, die Probleme eines anderen zu lösen, sondern lediglich dem anderen zu helfen, selbständig entsprechende Lösungen zu finden. Peer Counselors sagen weder, was jemand "tun sollte", noch geben sie Ratschläge. Stattdessen hilft ein Peer Counselor, Lösungen zu finden, indem er zuhört, von eigenen Erfahrungen berichtet, gemeinsam mit dem zu Beratenden Möglichkeiten und Ressourcen zu erforschen, um ihm schlicht eine Unterstützung zu geben."

2.3 Peer Counseling und Independent Living



Davon ausgehend, daß Independent Living die Schaffung einer Vielzahl von Möglichkeiten bedeutet, aus denen ausgewählt werden kann, wird eine gesellschaftliche und eine individuelle Ebene der Independent Living-Bewegung deutlich. Abb. 1 zeigt die eigentlich alltägliche Situation für behinderte Menschen (die hier durch einen Rollstuhlfahrer dargestellt ist, was allerdings nur symbolisch zu verstehen ist, da die Independent Living-Bewegung behinderungsartenübergreifend arbeitet). Sie ist durch eine geringe Auswahl von Entscheidungsmöglichkeiten gekennzeichnet, die dann noch oft durch Barrieren versperrt sind.



Dagegen wendet sich die Independent Living-Bewegung auf einer gesellschaftlichen Ebene, in dem neue Wege und Möglichkeiten durchgesetzt werden und Barrieren beseitigt werden (Abb. 2).

Behinderte Menschen haben durch das Aufwachsen und/oder Leben in fremdbestimmenden Institutionen wie Heimen, Sonderschulen, Rehaeinrichtungen meist nicht genügend

Möglichkeiten zu lernen, eigenverantwortlich Entscheidungen zu treffen (Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen, Mainz, 1994). Aus diesem Grund hat die Independent Living-Bewegung das Peer Counseling als pädagogische Methode entwickelt (Ratzka, 1988; Rösch, 1994), um behinderten Menschen auf einer individuellen Ebene Unterstützung bei der Auswahl aus Entscheidungsalternativen zu gewährleisten (Abb. 3). Die Tätigkeit in der individuellen Beratung gibt wiederum eine Rückkopplung für die politische Arbeit, da durch die Mitteilung persönlicher Erfahrungen behinderter Menschen gesellschaftliche Defizite und Diskriminierungen deutlich werden, artikuliert werden und letztlich die Vertretung der eigenen Interessen gefördert werden kann.

"Die amerikanische "Independent Living"-Bewegung hat diese beiden Momente, Beratung und Organisation zur individuellen Lebensveränderung und globales politisches Engagement zusammengebracht und die Erfahrung zeigt, daß diese Mischung hochexplosiv sein kann" (Frehe, 1988).

2.4 Psychotherapie und Peer Counseling

Peer Counseling grenzt sich als Beratungsform von Psychotherapie ab. Zum einen findet keine psychiatrische Anamnese und Diagnose statt, die als Ausgangspunkt für eine Intervention stünde. Zum anderen wird beim Peer Counseling nicht mit tiefenpsychologischen Methoden gearbeitet.

Die Entstehungsgeschichte des Peer Counseling im Rahmen der Independent Living-Bewegung zeigt, daß die der Beratung zugrundeliegenden Annahmen Ähnlichkeiten zu den Ansätzen humanistischer Therapieformen (Rogers, 1959) aufweisen. Die zugrundeliegenden Annahmen der ermächtigenden Beratung ("Empowerment"), geht davon aus, daß jeder Mensch das Potential für die Lösung seiner Probleme weitgehend selbst besitzt. Diese Ressourcen werden durch behindernde Umwelteinflüsse und einschränkende Erziehung nicht im ausreichenden Maß gefördert. Durch geeignete Interventionsmethoden in der Beratung können diese Fähigkeiten jedoch gestärkt werden, so daß eine selbstbestimmte und zufriedenstellende Lebensführung möglich ist (Bruckner & Bruckner, 1994). Dieses Prinzip ist dem Paradigma humanistischer Therapieformen mit deren grundsätzlich positiven Menschenbild weitgehend verwandt (Rösch, 1995).

So wird in der Beratung im Sinne des Peer Counseling im wesentlichen mit den Techniken der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie (Rogers, 1951; Tausch & Tausch, 1990) gearbeitet. Gesprächsführungstechniken wie aktives Zuhören, Paraphrasieren, Spiegeln von Gefühlsinhalten einer Aussage, Achten auf nonverbale Kommunikation (Independent Living Resource Center San Francisco, 1994) sollen dazu dienen, eine angenehme, empathische Atmosphäre zu schaffen, die Voraussetzung für eine ermächtigende Beratung ist. Da im Peer Counseling Selbstverleugnung, Selbstverachtung und das Verdrängen von Gefühlen in einer grundsätzlich behindertenfeindlichen Umwelt aufgehoben werden sollen (Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen, Mainz, 1994) und der Schwerpunkt auf das Erkennen der eigenen Wünsche und Bedürfnisse gelegt wird, liegt die non-direktive, sozusagen klientengeleitete Vorgehensweise der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie als Methode der Wahl nahe. Dies wird durch Informationsvermittlung, also dem Aufzeigen von Möglichkeiten, mit dem spezifischen Fachwissen aus der Sichtweise der Betroffenen ergänzt, wie von Ratzka (1988) beschrieben.

Wegen der Nähe der zugrunde liegenden Annahmen zwischen humanistischen Therapieformen und den Ideen der Independent Living-Bewegung ist zu vermuten, daß die behinderten Studierenden, die an der Gründung der ersten CILs beteiligt waren, im Rahmen ihres Studiums in Beratungstechniken nach ROGERS ausgebildet wurden. Diese

Beratungstechniken sind oftmals Bestandteil im Studienangebot US-amerikanischer Hochschulen oder werden in studienbegleitenden Kursen angeboten (D'Andrea & Salovey, 1983).

2.5 Peer Counseling in Deutschland

In der deutschen Behindertenbewegung wurde der Einfluß der US-amerikanischen Independent Living-Bewegung Anfang der 80er Jahre deutlich. Damals formierte sich hierzulande eine Behindertenbewegung zum UNO-Jahr der Behinderten, die sich gegen eine verlogene Selbstbeweihräucherung der traditionellen Behindertenverbände als Träger von ausgrenzenden Sonderinstitutionen wandte (Sandfort, 1993). In dieser Zeit gründeten sich in einigen Städten sogenannte Krüppelgruppen, deren Aktivitäten durch persönlichen Erfahrungsaustausch und politische Aktivitäten gekennzeichnet waren. Hier wurden erste Erfahrungen mit Peer Counseling in Gruppen gemacht, ohne daß sie jedoch mit diesem Begriff etikettiert wurden.

1982 fand in München der von der Vereinigung Intergrationsförderung veranstaltete Kongreß "Leben, Lernen, Arbeiten in der Gemeinschaft" statt, auf dem sich intensiv mit den Ideen der Independent Living-Bewegung auseinandergesetzt wurde, auch direkt mit damals anwesenden VertreterInnen aus den USA (Vereinigung Integrationsförderung, 1982). Für die Etablierung des Peer Counseling in Deutschland war ebenfalls von Bedeutung, daß Personen wie Adolf Ratzka, Uwe Frehse, Marita Boos-Waidosch und Ottmar Miles-Paul ihr Studium, Studienaufenthalte oder Praktika in den USA absolvierten und dort vor Ort die Arbeit der CIL erleben konnten. Andererseits wurden Studienreisen in die USA organisiert, durch die sich weitere Aktive aus der Behindertenbewegung mit den Ideen und der Arbeit der CIL vertraut machen konnten (Sandfort, 1986; Österwitz 1988; Sierck, 1988).

In Hamburg wurde 1984 das erste mit einem CIL vergleichbare Zentrum als "Aktion Autonom Leben (AAL)" gegründet. Inzwischen gibt es an 15 Orten Einrichtungen, die meistens unter der Bezeichnung "Zentrum für selbstbestimmtes Leben" Beratung und zum Teil auch Dienstleistungen in Form von ambulanten Diensten anbieten. 1990 schlossen sich die Zentren in der Bundesorganisation "Interessenvertretung selbstbestimmtes Leben in Deutschland - ISL e.V." zusammen. Schließlich wurde 1994 im Rahmen von ISL das "Forum behinderter BeraterInnen" (Selbstbestimmtes Leben Konkret 2/94) gegründet, dessen Schwerpunkte die Erfassung grundlegender Erfahrungen im Peer Counseling, die Ausbildung von Peer Counselern und der Erfahrungsaustausch zwischen den BeraterInnen aus den verschiedenen Zentren sind.

Der Unterschied in der Struktur der US-amerikanischen CIL und der in Deutschland existierenden Zentren für selbstbestimmtes Leben (ZsL) ist zum einen in einer unterschiedlichen Akzentuierung des Angebots und zum anderen im Personalbereich zu sehen. Der Schwerpunkt der bei ISL zusammengeschlossenen Zentren ist eine unabhängige psychosoziale Beratung, deren Unabhängigkeit nicht durch gleichzeitig angebotene Dienstleistungen gefährdet werden sollte (Interessenvertretung Selbstbestimmtes Leben Deutschland, 1990). Dagegen sind Serviceangebote wie Assistenz- und Wohnungsvermittlung oder Fahrdienste häufiger Bestandteil der Tätigkeit der Centers in den USA (Frieden, 1982; Österwitz, 1988). In diesem Unterschied spiegelt sich das verschieden stark ausgebaute soziale System in beiden Ländern wieder. In den USA werden im größerem Maße behinderte Personen als Peer Counselor eingesetzt, die auf Honorarbasis nach einer kurzen Ausbildung durch die Centers Beratungen unter Supervision übernehmen (Independent Living Resource Centre San Francisco, 1994). Dies verdeutlicht den "grassroots"- bzw. den Selbsthilfeansatz, der mit Peer Counseling in den USA vertreten wird. In den bundesdeutschen Zentren arbeiten dagegen überwiegend in sozialwissenschaftlichen Fächern ausgebildete

HochschulabsolventInnen (Sozialarbeit, Pädagogik, Psychologie). Das hat eine stärkere Professionalisierung in der Beratung zur Folge, schafft aber auch ein stärkeres Dilemma zwischen dem Peer-Ansatz und der damit verbundenen Nähe zum/zur Ratsuchenden und einer notwendigen professionellen Distanz. Bei den Beratungsmethoden stehen Techniken nach dem Ansatz der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie im Vordergrund, die von Tausch (1970) und Helm (1978) auf deutsche Verhältnisse übertragen wurden. Die jeweiligen örtlichen Gegebenheiten und die Personen, die in den Zentren in der Beratung arbeiten und jeweils unterschiedliche Beratungs- und Therapieausbildungserfahrungen besitzen, beeinflussen die Methoden, mit denen beim Peer Counseling gearbeitet wird. An diesen Punkten wird deutlich, welche Möglichkeiten, aber auch welche Schwierigkeiten die Übertragung des in den USA entwickelten und etablierten Ansatzes des Peer Counseling auf bundesdeutsche Verhältnisse hat.

Inzwischen wird durch das Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben (bifos), einem von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL) initiierten Projekt, eine zweijährige Weiterbildung (sechs Wochenblöcke) zum Peer Counselor angeboten (Reinartz, 1995). Zusammen mit den Aktivitäten des Forums behinderter BeraterInnen und dem im Rahmen des Helios II-Aktionsprogramms der europäischen Kommission gegründeten europäischen Peer Counseling-Netzwerk wird die Umsetzung und Differenzierung des Peer Counseling in bundesdeutschen und europäischen Zusammenhängen auch in Zukunft ein spannendes und aktuelles Thema bleiben.

3. Wirkungsüberprüfung eines Beratungstrainings für behinderte BeraterInnen (Peer Counselors)

Nach dieser längeren, aber meiner Meinung nach notwendigen Erläuterung zum Peer Counseling, zurück zum eigentlichen Thema dieser Arbeit, der Frage, mit welchen Mitteln die Effekte einer Peer Counseling-Trainings erfaßt werden können. Dazu soll das Ausbildungsprogramm beschrieben und die Auswahl der Meßinstrumente diskutiert und vorgestellt werden.

3.1 Das Ausbildungsprogramm

Seit der Gründung des autonomen Behindertenreferates beim AStA der Johannes Gutenberg-Universität Mainz im Januar 1991 gibt es dort regelmäßig stattfindende Veranstaltungen zu Peer Counseling. Im Sommersemester 1991 fand im Rahmen einer Veranstaltungsreihe zu Independent Living ein Workshop als Einführung in Peer Counseling mit den aus San Francisco kommenden ReferentInnen Vicki und Bill Bruckner statt. Beide haben mehr als 20 Jahre gemeinsamer Peer Counseling Erfahrung in den Vereinigten Staaten und waren an den Independent Living Centers in San Francisco, Belmont und Berkeley in Kalifornien von 1978 bis 1993 tätig. Im Sommer 92 und Herbst 93 führten sie weitere Peer Counseling-Seminare an der Universität Mainz durch. Angeregt durch diese Veranstaltungen wurden im Rahmen der autonomen Tutorien an der Mainzer Uni in den Wintersemestern 91/92 (Zoubek, 1992) und 92/93 mehrmonatige Kurse zu Peer Counseling durchgeführt.

Grundlage für das zweite autonome Tutorium zu Peer Counseling im Wintersemester 92/93 war ein Ausbildungsprogramm, das im Independent Living Resource Center (ILRC), einem CIL in San Francisco, entwickelt und herausgegeben wurde. Das Peer Counseling Training Manual dient dem Independent Living Resource Center als Lehrplan und Materialsammlung zur Beratungsausbildung in Peer Counseling. Es ist als Kurs gedacht, der zehn Wochen lang einmal pro Woche eine dreistündige Sitzung vorsieht. Das Programm gliedert sich in zwei

Teile. Im ersten Teil geht es zunächst um Selbsterfahrung unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrung und Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung. Im zweiten Teil geht es schließlich um das Erlernen von Gesprächsführungstechniken, die wie bereits oben erwähnt, der personenzentrierten Gesprächspsychotherapie entnommen sind.

Das Training Manual ist, ergänzt durch zahlreiche Materialien sowie Seminarberichten von zwei Veranstaltungen, in deutscher Übersetzung als Peer Counseling-Reader vom Autonomen Behindertenreferat des AStA der Universität Mainz und der Interessenvertretung selbstbestimmt Leben - ISL - (1994) herausgegeben worden.

3.2 Ziel des Peer Counseling-Trainings

Das Ausbildungsprogramm des ILRC wurde ursprünglich für psychiatrienerfahrene Personen erstellt. Sie sollten als BeraterInnen ausgebildet werden und als Honorarkräfte für das ILRC in der Beratung eingesetzt werden. Da das Programm aus der langjährigen Erfahrung in der Ausbildung von Peer Counselors erstellt wurde, mußten nur einige Begriffe, die sich auf die spezielle Art der psychischen Beeinträchtigung bezogen haben, durch andere Begriffe ersetzt werden, um es an die Erfordernisse eines Peer Counseling-Trainings für körper- und sinnesbehinderte Menschen anzupassen.

Die Ausbildung soll als Grundlage für die Tätigkeit als Peer Counselor dienen. Dazu ist es zunächst wichtig, sich mit der eigenen Behinderung bewußt auseinanderzusetzen. Dies ist die nicht zu unterschätzende Basis, um die eigene Erfahrung mit Behinderung positiv in eine spätere Beratung einbringen zu können. Schwerpunkte in diesem Ausbildungsteil sind ein Rückblick auf die eigene Biographie als Behinderte/r und die damit verbundenen Emotionen, die Selbst- und Fremdwahrnehmung als Behinderte/r, die Auseinandersetzung mit den Gefühlen Ärger und Verletzbarkeit sowie der Umgang mit Personen, die mit einer anderen als der eigenen Behinderungsart leben. Nach einer Einführung in die Grundlagen des Peer Counseling und die Erläuterung der Ideen von Independent Living beim ersten Treffen ist die Selbsterfahrung das Thema der zweiten und dritten Sitzung.

In den drei folgenden Sitzungen wird an der Fähigkeit, gut zuhören zu können, gearbeitet. Im einzelnen soll dies durch Einführung und Einübung folgender Gesprächsführungstechniken erreicht werden:

Auf Körpersprache achten.

Verbales Folgen.

Verwendung offener und geschlossener Fragen.

Minimale Verstärker / Schweigen.

Paraphrasieren.

Gefühle spiegeln.

Die nächsten Treffen sind zum Einüben und der Integration dieser Techniken der Beratung vorgesehen. Dazu kommt die Auseinandersetzung mit speziellen Themen in der Beratung wie Depression/Suizid und die Einübung der Beratungstechniken unter Beobachtung der anderen GruppenteilnehmerInnen und erfahrenen Peer Counselern mit darauf folgender Auswertung. Als Methoden werden Vortrag, Demonstration von Techniken, Rollenspiel, Diskussion und praktische Übungen in Zweier- und Dreiergruppen in der Ausbildung eingesetzt.

Gegenstand meiner Untersuchung war nun, in irdendeiner Art und Weise zu erfassen, ob sich bei den Fähigkeiten und Eigenschaften der TeilnehmerInnen während der Ausbildung in Peer Counseling eine Änderung erfassen ließ. Dazu sollte am Anfang und nach Ende der Ausbildung eine Datenerhebung stattfinden. Bei dieser Untersuchungsform handelte es sich somit um ein Pre-Post-Design, bei dem auf eine Kontrollgruppe verzichtet wurde. In gewisser Weise stellen die TeilnehmerInnen der Ausbildungsgruppe (Trainees) durch die

Veränderungsmessung ihre eigene Kontrollgruppe dar. Andererseits war es schwierig, geeignete behinderte Personen für die Peer Counseling-Ausbildung in diesem Rahmen zu interessieren, so daß aufgrund der geringen Gruppengröße (N = 3) keine statistisch aussagekräftigen Daten zu erwarten waren. Es handelt sich also eher um eine Voruntersuchung zur Prüfung, inwieweit der Einsatz bestimmter Meßmethoden einen Sinn ergeben.

3.3 Untersuchungen zur Beratungsausbildung

Um die Auswahl geeigneter Testverfahren vorzunehmen, möchte ich einen Überblick über einige Forschungsarbeiten und -ansätze zum Thema Beratungsausbildung vorstellen. In diesem Zusammenhang sind Untersuchungen zu drei Bereichen interessant: Untersuchungen zu Beratungsausbildungen an Hochschulen in den USA und Australien, Therapeutenvariablen nach der gesprächspsychotherapeutischen Theorie und deren Einschätzung, Forschung zu Peer Counseling.

3.3.1 Untersuchungen zu Beratungsausbildungen an Hochschulen in den USA und Australien

Die begleitende Forschung zu Beratungsausbildungen und einzelnen Methoden an Hochschulen in den USA und Australien im Postgraduiertenbereich ist Inhalt eines Übersichtsreferates von Alberts & Edelstein (1990). Zusammengefaßt wurden Veröffentlichungen aus den Jahren 1979-89. Von diesen Untersuchungen habe ich einige exemplarisch in Tabelle 1 dargestellt, die für die vorliegende Fragestellung von Interesse sind. Tab. 1:

AutorInnen	Hypothese, Treatment, Zeitdauer	Stichprobe	Meßinstrumente	Auswertung	Ergebnisse
1. HECTO R, DAVIS, DENTO N, HAYES & HECTO R, (1979)	I) Lernen am Modell (Rollenspiele auf Video) besser als II) Theoretisches Lernen (Text und Dabietung eines Referates auf Video) besser als III) Kontrollgruppe (allgemeine Beratungsethik als Video) beim Umgang mit negativen Gefühlen in Beratungssituationen. Einführungstext + 10 Min. Videofilm.	10 StudentInnen je Gruppe aus einem Vorpraktikum für Master-Studium in Beratung (N=30)	Rollenspiel mit standardisierter Beratungssituation mit verärgerten StudentIn, auf Video aufgezeichnet. Zeitdauer der Reaktion auf negative Gefühle dividiert durch Gesamtlänge des Beratungsgesprächs.	Zwei Rater je mit rter und verhaltensanal ytischer Ausbildung	Gruppe I und II Werte als Gruppe III

<p>2. KURPIUS, FROEHLE & ROBINS ON, (1980),</p>	<p>Lernen von OEEL (Open ended exploratory leads - Weiterführungen) anhand: I) mehrerer Modelle besser als Lernen anhand II) eines Modells besser als III) ohne Modell lernen (Kontrollgruppe) Einführungstext + 4 Min. Videofilm 9 StudentInnen je Gruppe aus einem Vorpraktikum für Master-Studium in Beratung (N=27)</p>	<p>9 StudentInnen je Gruppe aus einem Vorpraktikum für Master-Studium in Beratung (N=27)</p>	<p>16 auf Video dargebotene Aussagen zu denen innerhalb von 15 sec. eine Antwort (OEEL) auf Tonband aufgezeichnet wurde.</p>	<p>Abschriften der Aufzeichnungen wurden von zwei ausgebildeten Rater als passendes OEEL eingestuft (Kriterien: Häufigkeit, Inhalt, Darbietung).</p>	<p>Gruppe I und II besser als Gruppe III</p>
<p>Untersuchung I 3. ROBINS ON, KURPIUS & FROEHLE, (1981)</p>	<p>Lernen von "Counselor tacting response leads (CTRL)" (Passende Weiterleitungen) mit: I) traditionellen schriftlichen Material (auf einem Blatt) entspricht II) lernen mit serieller schriftlicher Darbietung (Spiralbindung) Kein Unterschied zwischen schriftl. Darbietung und III) Videodarbietung des gleichen Lernmaterials. Einführungstext + 4 Min. Videofilm bzw. Lesen Lernen von "Counselor tacting response leads (CTRL)" (Passende Weiterleitungen) mit:</p>	<p>7 StudentInnen je Gruppe aus einem Vorpraktikum für Master-Studium in Beratung (N=21)</p>	<p>16 auf Video dargebotene Aussagen zu denen innerhalb von 15 sec. eine Antwort (CTRL) auf Tonband aufgezeichnet wurde.</p>	<p>Abschriften der Aufzeichnungen wurden von zwei ausgebildeten Rater als CTRL eingestuft (Beurteilung nach Häufigkeit, Inhalt, Angemessenheit, Darbietung).</p>	<p>Serielle Darbietung erhöht Häufigkeit von CTRLs, Standardform verbessert Qualität. Ansonsten keine Unterschiede.</p>

	I) traditionellen schriftlichen Material (auf einem Blatt) entspricht II) lernen mit serieller schriftlicher Darbietung (Spiralbindung) Kein Unterschied zwischen schriftl. Darbietung und III) Videodarbietung des gleichen Lernmaterials. Einführungstext + 4 Min. Videofilm bzw. Lesen				
4. ROBINSON, KURPIUS & FROEHE (1981) Untersuchung II	Gibt es Interaktion von Art der Modelldarbietung (Video oder seriell schriftlich) und Art der Einschätzung (mündlich oder schriftliche Beratungsantworten). I) Schriftl. Modell und schriftl. Antworten II) Schriftl. Modell und mündl. Antworten III) Video Modell und schriftl. Antworten IV) Video Modell und mündl. Antworten Einführung + 4 Min. Videofilm bzw. Lesen	6 StudentInnen je Gruppe aus einem Vorpraktikum für Master-Studium in Beratung (N=24)	16 auf Video dargebotene Aussagen zu denen innerhalb von 15 sec. eine Antwort (Spiegelung von Gefühlen) auf Tonband aufgezeichnet wurde.	Abschriften der Aufzeichnungen wurden vorgelesen zwei ausgebildeten Ratern als Gefühlsspiegelung eingestuft (Beurteilung nach Häufigkeit, Inhalt, Angemessenheit, Darbietung).	Schriftliche Antworten wurden angegeben häufiger Gefühle und deren Inhalt wieder als Band gesprochen. ne.
5. HILL, CHARLES & REED (1981)	Begleitende Längsschnittuntersuchung an postgraduierten BeratungsstudentInnen. Ratschläge, Fragen,	12 postgraduate StudentInnen in Beratungspsychologie.	10 bis 15-minütige Beratungsgespräche mit freiwilligen KlientInnen auf Band aufgezeichnet und	Auswertung durch 3 ausgebildete Rater (Zwei StudentInnen und ein PhD)	Mehr Minimale Verstärker, weniger Fragen. Aktivität, komplexe

	Grad der Unsicherheit und der Aktivität sollen sich verringern; minimale Verstärker, komplexe Antworten und qualitative Einschätzung sollen sich verbessern (-> Beratungsfähigkeiten). Dauer der belgeitend untersuchten Ausbildung: 3 Jahre. Keine Kontrollgruppe. Durch Längsschnittdesign dienen die Vpn sich selbst als Kontrolle.		abgeschrieben. Auswertung nach: 1) HILLs (1978) Counselor Verbal Response Category System (HCVRCS) (Beratungstechniken) 2) Gesprochene Worte des Counselors geteilt durch Gesamtzahl der gesprochenen Worte (Aktivität) 3) MAHLS (1956, 1963) Non-Ah-Speech Disturbance Ratio - Sprachunflüssigkeit (Maß für Unsicherheit). 4) Qualitative Einschätzung auf 7-Punkte-Skala. 5) Interview nach Ende der Ausbildung.	Fragen und qualitative Einschätzung auf akzeptablen Level. Im Interview wird über gewonnene Sicherheit und über die Bedeutung der Studienzeit für die persönliche Entwicklung berichtet.
6. ERREK & RANDOLPH, (1982),	Pre - Post - Design. 3 Gruppen a 15 StudentInnen Interviewfähigkeiten (N=45) I) Rollenspiel II) Diskussion III) Kontrollgruppe Keine Angaben über die Dauer des Treatment.		Videodarbietung von Klientenaussagen - Aufzeichnung der Antworten auf Tonband	Rating anhand Rollenspiele von Checklisten sind + Dauer und besser als Anfangszeitpunkt der Diskussionen und Kontrollgruppe.
7. HOSFORD & JOHNSON (1983)	Überprüfung von Feedback-Techniken. Jede Vpn wird zwei Sitzungen aufgezeichnet (Baseline) > Supervisoren schätzen verbesserungswürdiges Verhalten ein Trainee bekommt	10 Beratungstrainees im Vorbereitungspraktikum (Thema: Gesprächsführungstechniken) für Master-Studium. I) N=3 II) N=4 III) N=3 10	Videoaufzeichnung von wöchentlichen Beratungssituationen mit "bezahlten" KlientInnen. 50 Min. Dauer, soll den Charakter eines Erstinterviews haben.	Die festgestellten Zielverhaltensweisen werden durch zwei ausgebildete Rater anhand der ersten und der letzten Videoaufzeichnung ausgewertet. Nur bei Gruppe I war vollständiges Löschen des unerwünschten Verhaltens festzustellen.

Feedback mit Bezug auf gewünschtes Zielverhalten:
 I) Sich selbst als Model sehen (Video) > Nur erwünschtes Verhalten ist ausgewählt.
 II) Video - Feedback > Unbearbeiteter Ausschnitt auf Video.
 III) Schriftliches Feedback > "Du solltest beim nächsten Mal auf dein xy-Verhalten achten".
 5 Wochen Training mit wöchentlichen Praxissitzungen, von denen jeweils ein neues Band aufgezeichnet und den VPN zum Üben gegeben wird (Ausnahme Gruppe III)
 Überprüfung von Feedback-Techniken.
 Jede Vpn wird zwei Sitzungen aufgezeichnet (Baseline) > Supervisoren schätzen verbesserungswürdiges Verhalten ein > Trainee bekommt Feedback mit Bezug auf gewünschtes Zielverhalten:
 I) Sich selbst als Model sehen (Video) > Nur erwünschtes

Beratungstrainees im Vorbereitungspraktikum (Thema: Gesprächsführungstechniken) für Master-Studium.
 I) N=3
 II) N=4
 III) N=3

Gruppe I und II besser als III.

	<p>Verhalten ist ausgewählt.</p> <p>II) Video - Feedback > Unbearbeiteter Ausschnitt auf Video.</p> <p>III) Schriftliches Feedback > "Du solltest beim nächsten Mal auf dein xy-Verhalten achten".</p> <p>5 Wochen Training mit wöchentlichen Praxissitzungen, von denen jeweils ein neues Band aufgezeichnet und den VPN zum Üben gegeben wird (Ausnahme Gruppe III)</p> <p>10 Beratungstrainees im Vorbereitungspraktikum (Thema: Gesprächsführungstechniken) für Master-Studium.</p> <p>I) N=3 II) N=4 III) N=3</p>		
8. THOMPSON (1986)	<p>Psychologie-Under- und Beratungspsychologie-Postgraduate StudentInnen werden verglichen. Am Anfang und am Ende des Ausbildungsjahres finden Interviews (20 min.) mit freiwilligen Counselees statt. Psychologie-Under- und Beratungspsychologie-Postgraduate</p>	13 Vpn je Gruppe (N=26)	<p>Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet und Mitschriften angefertigt. POI (Persönlichkeitsfragebogen)</p> <p>Auswertung: 3 Graduates Rater (2 Wiss. AssistentInnen und 1 StudentIn). Gemessen wird mit HCVRCS (s. Hill et al 1983)</p> <p>offene Fragen und Konfrontationen sowie weniger Interpretationen als Graduates.</p>

StudentInnen
werden verglichen.
Am Anfang und am
Ende des
Ausbildungsjahres
finden Interviews
(20 min.) mit
freiwilligen
Counselees statt.

Die aufgeführten Untersuchungen können anhand der Zeitspanne zwischen den Erhebungszeitpunkten unterteilt werden. Bei fünf Studien (Hector, Davis, Denton, Hayes & Hector, 1979; Kurpius, Froehle & Robinson, 1980; Robinson, Kurpius & Froehle, 1981; Errek & Randolph, 1982) handelt es sich bei den Zeiträumen zwischen erster und der zweiten, letzten Erhebung um die kurze Zeitspanne für das Zeigen eines Lehrvideos (vier bis zehn Minuten) bzw. der benötigten Zeit, den gleichen Stoff in Textform lesen zu können. Es geht hierbei um die Frage, welche speziellen Lehrmethoden bei bestimmten Themen für StudentInnen in den Fächern Beratungspsychologie o.ä. am besten geeignet sind. Dagegen sind in den Studien fünf und acht (Hill, Charles & Reed 1981; Thompson 1986) längerfristig, begleitend zu einem Studium in Counseling ausgerichtet. Es sind somit Längsschnittuntersuchungen, deren Blickpunkt auf einen größeren Aspekt der Veränderung von Fähigkeiten und Eigenschaften bei den untersuchten StudentInnen liegt. Hier sind keine Kontrollgruppen für die Untersuchungen eingesetzt worden. Eine Zwischenstellung in dieser Einteilung nimmt die Untersuchung von Hosford & Johnson (1983) ein, die eine bestimmte Feedbackmethode als Unterstützung für das Einüben von Gesprächsführungstechniken betrachtet und nur auf eine individuell bestimmte Technik eingeht, dies aber über einen längeren Zeitraum von fünf Wochen.

Was die Auswertungsmethoden betrifft, sind die überwiegende Nutzung von Video- und Tonbandaufzeichnungen auffallend. So wurden standardisierte KlientInnenaussagen auf Video aufgezeichnet und die darauf folgenden Reaktionen der UntersuchungsteilnehmerInnen aufgezeichnet und als abhängige Variable ausgewertet (Kurpius et al, 1980; Robinson et al, 1981; Errek & Randolph, 1982). In den Studien von Kurpius et al (1980), Robinson et al (1981), Hill et al (1981) sowie von Thompson (1986) wurden Abschriften der Aufzeichnungen der Vpn erstellt und dienten als Grundlage für die Auswertung durch die RaterInnen. Die Vorgehensweise entspricht der traditionell in der Evaluierung und Ausbildung von Gesprächspsychotherapie (Tausch, 1974) angewandten Methode.

Bei der Untersuchung von Hosford & Johnson (1983) dienen Videoaufzeichnungen von Beratungssituationen als Grundlage für die Auswertung durch geschulte RaterInnen. Hier wurde nicht der Weg über schriftliche Aufzeichnungen gewählt, sondern die Situation, unter Einbeziehung visueller, nonverbaler Eindrücke miteinbezogen. Dadurch kann die Körpersprache, die ein wichtiges Element in der Beratungsausbildung ist, bei der Evaluation mit einbezogen werden. Im Gegensatz zu den anderen Studien gehen Hosford und Johnson auf die individuelle Situation der Trainees in ihrem Untersuchungsdesign ein. Während hier die individuell schwächsten Gesprächsführungstechniken analysiert werden, die dann jeweils die zu beobachtende Variable darstellt, werden in den anderen Untersuchungen global der Erfolg einer Beratungsausbildung oder vorher bereits festgelegte einzelne Elemente von Gesprächsführungstechniken in der Beratung (z.B. "Open ended exploratory leads" oder "Counselor tacting response leads") als abhängige Variable eingeschätzt.

Eine Hinweis auf die unterschiedlichen Möglichkeiten qualitativer und quantitativer

Erhebungsmethoden findet sich in der Untersuchung von Hill et al (1981). In der abschließenden Befragung durch ein Interview berichteten die TeilnehmereInnen über stärkere persönliche Veränderungen in der dreijährigen Beratungsausbildung als dies durch die Ergebnisse der quantitativen Erhebungsmethoden erkennbar ist. Dieses Ergebnis kann als Hinweis darauf gewertet werden, daß Veränderungsmessungen bei länger dauernden Beratungsausbildungen anhand von quantitativen Methoden nur einen begrenzten Bereich der tatsächlichen Veränderung im komplexen Geschehen auf einer subjektiven Ebene widerspiegeln können.

Welchen Bezug haben nun die o.g. acht Untersuchungen zur Evaluation eines Peer Counseling -Trainings? Die Aktiven der ersten CILs und somit die GründerInnen der Methode des Peer Counseling kamen von den US-amerikanischen Hochschulen (Laurie, 1982). Viele Einflüsse der Ausbildung in Beratung an den Hochschulen lassen sich demnach in der Methode und Ausbildung zu Peer Counseling wiederfinden. Beispielhaft möchte ich hier die Einübung der Gesprächsführungstechniken nach der humanistischen Psychologie von ROGERS nennen. Aus der Vergleichbarkeit der Ausbildungsprogramme an den Hochschulen (D'Andrea & Salovey, 1983) und der in den Centers läßt sich demnach der Einsatz gleicher Evaluierungsmethoden der jeweiligen Ausbildung ableiten.

3.3.2 Therapeutenvariablen nach der gesprächspsychotherapeutischen Theorie und deren Einschätzung

Der Gründer der Gesprächspsychotherapie (GT) Carl ROGERS kann nach Davison & Neale (1988) auch als Initiator der Psychotherapieforschung angesehen werden. In seinen Büchern sind zum ersten Mal wörtliche Mitschriften von Therapiesitzungen wiedergegeben worden. Seitdem wird diese Methode in der Ausbildung und Evaluation von GT und darüberhinaus benutzt. Die Methode des Ratings von Mitschriften oder Aufzeichnungen der Beratungs- und therapiesitzungen wird sowohl zur Erfassung der Veränderungen in der Therapie als auch zur Bewertung des Therapeutenverhaltens eingesetzt (Tausch & Tausch, 1990).

Die Gesprächspsychotherapie geht in der Interaktion von Klient und Therapeut von drei "notwendigen und hinreichende" Merkmalen des Therapeuten aus, um eine effektive Änderung im Therapieprozeß erreichen zu können. Diese sind nach Schild (1975):

1. positive Wertschätzung sowie emotionale Wärme (Akzeptanz), "... eine überdauernde positive Einstellung dem Klienten gegenüber, die von dessen jeweiligen Verhalten nicht beeinträchtigt wird;"
2. Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (Empathie) "Inhaltlich ist diese Variable dadurch charakterisiert, daß der Therapeut die emotional-affektiven Erlebnisinhalte in den Klientenäußerungen wahrnimmt und sie konkret, einfach verstehbar dem Klienten mitteilt."

3. Echtheit und Selbstkongruenz "Sie bedeutet, daß zwischen den Gefühlen des Therapeuten sowie deren Wahrnehmung und Ausdruck eine Kongruenz besteht".

Zur Erfassung dieser Merkmale werden oben erwähnte Mitschriften und Aufzeichnungen durch ausgebildete Rater anhand von Skalen zu den drei Therapeutenmerkmalen ausgewertet. Die Skalen wurden wesentlich von Truax und Carkhuff (1967) und MitarbeiterInnen entwickelt und im deutschsprachigen Raum von Tausch (1974) und Helm (1978) umgesetzt.

Nach der Vorstellung einer exemplarischen Studie zu einer Peer Counseling -Programm in den Niederlanden möchte ich auf die Auswahl der Erhebungsmethoden in der vorliegenden Studie eingehen.

3.3.3 Forschung zu Peer Counseling.

Aus den Niederlanden liegt die bisher wohl einzige Evaluationsstudie zum Thema Peer Counseling in Europa vor (Hazelzet & Folkersma, 1993). Die von der "Stichting Independent Living Netherlands" bei der Projektentwicklungs- und Managementfirma Wierda, Overmars & Partners in Zusammenarbeit mit der Universität Leiden in Auftrag gegebene Studie untersucht die Effekte von in Gruppen angewendetem Peer Counseling bei den GruppenteilnehmerInnen. In dieser Untersuchung liegt somit nicht die Peer Counseling Ausbildung, sondern die Anwendung im Blickpunkt.

Die Untersuchung wurde in der Form eines Pre-Post-Designs unter Einbeziehung einer Kontrollgruppe durchgeführt. Als Meßinstrumente dienten Fragebögen und ein sogenannter Independent Living Plan, bei dem die individuell unterschiedlichen Zielvorstellung eingetragen wurden und der Einfluß der Peer Counseling-Gruppen auf die Erreichung der Ziele abgeschätzt wurde. Die Einschätzung wurde über eine 5-Punkte Skala erfaßt. Zur Erhebung des persönlichen Wohlbefindens wurde die Schaal Subjectief Welzijn Ouderen (SSWO) mit Skalen zu Einsamkeit, Selbstwert und innerem Wohlbefinden von Tempelmann (1979) herangezogen. Die Verarbeitung der eigenen Behinderung wurde durch die von Buijk (1986) herausgegebene Algemeen Gehandicapten Attitude Schaal (AGAS - Allgemeine Behinderten Verhaltensskala) erfaßt. Die auch in deutsch erschienene AGAS erhebt auf den Skalen Bewältigung (B), Hilfe-Unabhängigkeit (HU), soziale Folgen (SO) und Boden (psychisches Substrat) (BO) die Einstellung zur eigenen Behinderung. Schließlich ist zur Erfassung der Problembewältigungsfähigkeiten die Utrechtse Coping Lijst (Scheurs et al, 1993) - UCL - zur Anwendung gekommen. Die UCL erfaßt die Faktoren: Aktives Handeln, verdeckendes Coping, Vermeiden, soziale Unterstützung suchen, passive Reaktionsmuster, Ausdrücken von Emotionen und beruhigende/tröstende Gedanken.

Die TeilnehmerInnen der Untersuchung setzten sich aus einer themen- und einer altersbezogenen (Gruppenmitglieder jüngeren Alters) Peer Counseling -Gruppe mit je sieben Personen zusammen. Dazu wurde eine den soziokulturellen Eigenschaften entsprechende Kontrollgruppe mit ebenfalls sieben Personen gebildet. Die Daten wurden vor und nach Durchführung der Peer Counseling-Gruppe erhoben.

Als Ergebnis konnte zwischen den jeweiligen Gruppen keine beachtenswerte Unterschiede zu den verschiedenen Meßzeitpunkten festgestellt werden. lediglich bei einzelnen Gruppenmitgliedern wurden bei einigen Skalen Veränderungen sichtbar. So gab es in der AGAS lediglich den Erwartungen entsprechend bei zwei Mitgliedern der Themengruppe Verbesserungen auf der Skala B (Bewältigung der Behinderung). Bei der UCL gab es ebenfalls nur partikuläre Veränderungen. Die Skala zum allgemeinen Wohlbefinden zeigt bei den GruppenteilnehmerInnen mit niedrigen oder mittleren Ausgangswerten steigende Scores an. Einen interessanten Hinweis gab es bei der Befragung der Kontrollgruppenmitglieder, von denen einige angaben, durch die Themen der Fragebögen zum Nachdenken angeregt worden zu sein. Hazelzet & Folkersma sehen dadurch einen möglichen Effekt auf die Scores in dieser Gruppe. Als erschwerend für die Messung von den erwarteten positiven Veränderungen durch Peer Counseling wurden die auf hohem Niveau gemessenen Ausgangsscores in den Skalen gewertet. Dies wird auf die Auswahl der TeilnehmerInnen der Peer Counseling-Gruppen aus dem Independent Living-Netzwerk zurückgeführt. Damit ist eine Gruppe zusammengestellt worden, deren Selektion einen Einfluß auf die kaum festzustellenden Effekte der Erhebung hatte. Für Hazelzet & Folkersma ist das Fazit der Untersuchung, daß in der derzeitigen Entwicklungs- und Anfangsphase des Peer Counseling in den Niederlanden quantitative Methoden zur Erfassung von Effekten des Peer Counseling eher ungeeignet sind und die

Nutzung qualitativer Methoden (offene Interviews etc.) effektiver und der Fragestellung angemessener sind.

3.4 Untersuchungsmethode

Zur Einschätzung des gewünschten Effektes einer Beratungsausbildung in Peer Counseling ist es nützlich, sich ein Bild von den gewünschten Eigenschaften eines Peer Counselors machen. Als grundlegende Voraussetzungen für eine/n Peer Counselor sieht Saxton (1983) das Vorliegen einer Körperbehinderung oder einer chronischen Krankheit und eine angemessene Einstellung dazu, den Wunsch, anderen helfen zu wollen, sowie die Bereitschaft, Zeit für die Tätigkeit als Peer Counselor aufzubringen. Der bzw. dem "idealen" Peer CounselorIn sollte es darüberhinaus gelingen, in der Beratungssituation eine empathische Atmosphäre zu schaffen, die dem oder der Ratsuchenden ermöglicht, sich akzeptiert zu fühlen. Es geht im Peer Counseling nicht darum, auf schnellsten Wege zu einer Lösung bzw. einem passenden Ratschlag zu kommen. Die andere Person muß dazu befähigt werden, eigene Lösungswege zu finden, die zur individuellen Situation passen. Daher muß die Person vom Peer Counselor ermutigt werden, die jeweilige Situation zu schildern, wozu Einfühlungsvermögen und Flexibilität im Umgang mit verschiedenen Persönlichkeiten notwendig ist. Unterstützung durch Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten, ohne in eine bestimmte Richtung zu drängen, und damit verbundenes fachliches Wissen bzw. Zugänglichkeit zu entsprechenden Informationen kennzeichnen weitere Eigenschaften. Weiterhin ist für den Peer Counselor die Fähigkeit wichtig, Gefühle der eigenen und der anderen Person erkennen und trennen zu können, sowie die emotionale Ebene in der Beratung grundlegend zu berücksichtigen. Schließlich ist es notwendig, sich über die Grenzen der eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen klar zu sein und dies auch zugeben zu können.

Die in der Gesprächspsychotherapie definierten Therapeutenmerkmale Akzeptanz, Empathie und Echtheit sind somit grundlegend notwendige Eigenschaften eines Peer Counselors. Echtheit und Selbstkongruenz haben im Peer Counseling eine besondere Bedeutung. Sie weisen auf die notwendige Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung und deren Auswirkung auf die eigene Biographie hin. Die Verarbeitung der eigenen Betroffenheit ist von großer Bedeutung, um den "Peer-Effekt" konstruktiv in die Beratungssituation einbringen zu können. Durch die Konfrontation mit einem gleichartig betroffenen "Peer" in der Beratungssituation soll eine größere Vertrauensbasis hergestellt werden; der Peer Counselor kann als Rollenmodell für den/die Ratsuchende/n dienen (Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen, Mainz, 1994). Die Wahrnehmung des Peer Counselors als Modell für die eigene Situation bietet die Chance für den/die Ratsuchende/n, eine Motivation für die eigenständige Lösung eigener Probleme zu erhalten. Der Risiken dieser Situation sollte sich der/die "ideale" Peer Counselor bewußt sein und "sich bei der Beratung nicht unbewußt an eigenen Vorstellungen und/oder eigenen unerfüllt gebliebenen Wünschen und Zielen orientieren" (Reinarz, 1995). Differenzierte Fremd- und Selbstwahrnehmung eigener und fremder Bedürfnisse sind nach Reinarz (1995) Voraussetzung für die Tätigkeit als Peer Counselor. Sonst verkehrt sich jede Hilfe ins Gegenteil, wenn HelferInnen versuchen, eigene, unverarbeitete Probleme durch Ratsuchende stellvertretend lösen zu lassen.

Ein grundsätzliches Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, das Vorhandensein sozialer Fertigkeiten und daraus resultierend ein gewisses Maß an Selbstwertgefühl sind folglich nötig, um der Tätigkeit eines Peer Counselors gerecht zu werden.

3.5 Erhebungsmethoden

Aus den o.g. Überlegungen zu den Eigenschaften eines "idealen" Peer Counselors und auf dem Hintergrund der dargestellten Untersuchungen läßt sich die Auswahl von Testinstrumenten und -methoden herleiten. In der vorliegenden Untersuchung wurden vier Bereiche durch verschiedene Test- und Einschätzungsmethoden erfaßt.

3.5.1 Einschätzung von Beratungsgesprächen

Die Beherrschung eingeübter Gesprächsführungstechniken und die therapeutischen Grundhaltungen wurden von unabhängigen RaterInnen anhand von auf Video aufgezeichneten Beratungssituationen eingeschätzt. Dazu wurden zunächst Beratungssituationen aufgezeichnet, bei denen von der Seite der Ratsuchenden jeweils die gleichen Themen zur Sprache gebracht wurden. Ausgewertet wurden die jeweils zehn ersten Minuten der insgesamt ca. 15 Minuten dauernden Aufzeichnungen. Als Einschätzungsmethode diente zum einen dem Peer Counseling Training Manual entnommene und abgeänderte Form einer Fremdeinschätzungsskala von Beratungsgesprächen (s. Anhang B). Die Raterinnen konnten auf einer 10 cm langen Linie mit den Polen "Trifft nicht zu" und "Trifft zu" ankreuzen, wie stark die sieben angegebene Beratungsfähigkeiten bzw. Gesprächsführungstechniken eingeschätzt wurden. Die erfaßten Bereiche waren:

Gestaltung der Beziehung

Angemessene offen gestellte Fragen

Gefühle / Empfindungen

Körpersprache

Problemanalyse

Zusammenfassen / Paraphrasieren

Gebrauch von Hinweisen.

Durch die Vermeidung von abgegrenzten Stufen und die Möglichkeit, an einem beliebigen Punkt der Skala ankreuzen zu können (als Score dienen Angaben in Millimeter), sowie den Bezug auf einen absoluten Nullpunkt ermöglicht die vorgestellte Auswertungsmethode Berechnungen auf Verhältnisskalenniveau.

Die therapeutischen Grundhaltungen wurden über drei Skalen (Minsel, 1974) erfaßt, die von den RaterInnen angekreuzt werden konnten. Die ersten beiden Skalen "Innere Anteilnahme/Wertschätzung - emotionale Wärme" und "Bemühen, Aktivität, Suchen, Nachdenken, Sich anstrengen" waren siebenstufig im Unterschied zu der sechsstufigen dritten Skala "Verbalisierung emotioneller Erlebnisinhalt".

Die untersuchten Trainees erhielten darüberhinaus drei Fragebögen, die von ihnen selbst ausgefüllt wurden.

3.5.2 Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)

Die von Deusinger (1986) entwickelten Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) "suchen ein System von Einstellungen im Sinne von Attitüden zur eigenen Person zu erfassen, d.h. ein System von Selbstkonzepten zu bestimmen, das als zur Persönlichkeit gehörend und mit der Persönlichkeit konstituierend verstanden wird". Dieses System von Einstellungen gegenüber der eigenen Person ist eine individuelle Struktur und wird als Selbstbild oder Selbststruktur bezeichnet. Die verschiedenen Selbstkonzepte einer Person interagieren auf unterschiedliche starke Weise miteinander; sie lassen sich als dynamisches System vorstellen. Einstellungen zur eigenen Person werden durch Interaktion und durch sozialen Vergleich mit der Umwelt gelernt. Dabei werden sie im Lauf der Entwicklung differenzierter. Die entstehende Selbststruktur wird als ein organisiertes, relativ konsistentes, aber änderbares Konzeptmuster

des Individuums zur eigenen Person verstanden, bei dem die emotionale Komponente eine wesentliche Bedeutung gewinnen kann.

Die FSKN bestehen aus 10 verschiedenen (Quasi-) Skalen, die miteinander korrelieren. Jede Skala besteht aus 6, 10 oder 12 Aussagen, die in sechsteiliger Abstufung (trifft sehr zu = 1 bis trifft gar nicht zu = 6) angekreuzt werden können. Die Aussagen beziehen sich auf Überlegungen, Gedanken, Bewertungen, Stimmungen, Gefühle, Befindlichkeiten und Verhalten im Alltag. Die Skalen werden vier Bereichen zugeordnet: Leistungsbereich, allgemeine Selbstwertschätzung, Stimmung / Sensibilität sowie den psychosozialen Bereich. In dieser Untersuchung hielt ich es nicht für angemessen, alle Skalen anzuwenden. Dies wäre für die Trainees zu zeitaufwendig geworden.

Zur Beurteilung des eigenen Selbstwertgefühls und der Selbstsicherheit, der Selbst- und der vermuteten Fremdwahrnehmung als wichtige Bezugspunkte für die Eigenschaften als Peer Counselor und die somit zu erwartenden Veränderungen durch das Peer Counseling-Training wurden folgende sieben der insgesamt zehn Skalen ausgewählt:

Selbstkonzept der allgemeinen Problembewältigung (FSAP),

Selbstkonzept der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE),

Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes (FSSW),

Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG),

Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU),

Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere (FSIA),

Selbstkonzept über Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSGA).

Die Skalen zur allgemeinen Problembewältigung (FSAP) und zur Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE) beziehen sich auf den Leistungsbereich. Im Bereich der allgemeinen Selbstwertschätzung gibt es nur die Skala zum Selbstkonzept des allgemeinen Selbstwertes (FSSW). Einzige Skala im Bereich der Stimmung und Sensibilität ist die zur eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG). Die Skalen zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU), zur Irritierbarkeit durch andere (FSIA) und über Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSGA) sind drei von fünf Skalen, die zum psychosozialen Bereich gehören.

3.5.3 Die allgemeine Behinderten-Verhaltensskala (AGAS)

Nach Buijk (1986) erfaßt der in den Niederlanden entwickelten AGAS "die Einstellung in Bezug auf die Folgen eines Körperschadens (einer Funktionsstörung) und um das Sich-behindert-fühlen". Bewältigung wird in diesem Zusammenhang so verstanden, daß die Behinderung in die Gesamtexistenz eingeordnet ist und sie nicht dominiert. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung steht nicht mehr im Vordergrund des täglichen Lebens, sie wird als Teil der eigenen Person wahrgenommen. Der Fragebogen umfaßt 36 Items, die vier Skalen (Faktoren) zugeordnet werden:

Faktor B (Bewältigung) bezieht sich auf die Bewältigung der eigenen Behinderung (hohe Werte bedeuten einen hohen Grad der Bewältigung).

Faktor HU (Hilfe-Unabhängigkeit) erfaßt, inwieweit es stört, auf Hilfe angewiesen zu sein (umso höher hier die Werte sind, desto störender ist es, auf Hilfe angewiesen zu sein).

Faktor SO (soziale Folgen) ist ein Maß für die Unverständnis, mit dem die Umgebung Behinderten gegenüber reagiert (hohe Werte bedeuten ein hohes Maß an Unverständnis).

Faktor BO (Boden) weist auf das "psychische Substrat", die (günstige) gefühlsmäßige Beschaffenheit hin, mit der die eigene Behinderung bewältigt wird. Hohe Werte weisen auf eine günstige psychische Beschaffenheit zur Bewältigung der Behinderung hin.

Empirische Untersuchungen bei der Entwicklung der AGAS (Buijk, 1986) geben Hinweise darauf, das Faktor BO (Boden) eine zentrale Bedeutung für die Ausprägung der anderen

Faktoren hat. Die Beschaffenheit, das psychische Substrat (BO) bestimmt im hohen Maße die Bewältigung der eigenen Behinderung (B). Diese beiden Faktoren sind wiederum dafür maßgeblich, inwieweit die Abhängigkeit auf Hilfe (HU) als störend empfunden wird. Der Faktor BO und, jedoch weniger ausgeprägt, die Rolle der Bewältigung (B) sind ausschlaggebend dafür, wie stark das Unverständnis der Umgebung gegenüber dem Behinderten empfunden wird (SO). Der Zusammenhang zwischen der Bewältigung der Behinderung (B), der psychischen Beschaffenheit (BO) und der Reaktion der Umgebung auf die Behinderung (SO) legen zwar eine Wechselwirkung nahe, d.h. eine verständnisvolle Reaktion der Umgebung kann auch unterstützend auf die Bewältigung wirken, dieser Zusammenhang scheint sich allerdings noch nicht empirisch gezeigt zu haben. Der AGAS erfaßt die Einstellung zu der eigenen Behinderung und ist somit für die spezielle Fragestellung der vorliegenden Untersuchung ein wichtiger Bestandteil, da die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung einen großen Stellenwert im Peer Counseling-Training hat und als notwendige Basis für die Beratungstätigkeit angesehen wird.

3.5.4 Die Eigenschaftswörterliste (EWL-K)

Zur Einschätzung des aktuellen emotionalen Zustandes und zur Abschätzung auf die Resultate der anderen Erhebungsverfahren wurde die Eigenschaftswörterliste (EWL-K-1983) nach Janke und Debus (1983) benutzt. Jedes der 60 Adjektive, aus denen der Test besteht, soll nach dem aktuellen Befinden selbst eingestuft werden. Dies geschieht in vier Stufen zwischen gar nicht bis stark. Je vier Items repräsentieren einen Subtest, die sechs Bereiche zugeordnet werden können.

Tab. 2:

Bereich	Subtests
Leistungsbezogen Aktiviertheit	Aktiviertheit, Konzentriertheit
Allgemeine Desaktivität	Desaktiviertheit, Müdigkeit, Benommenheit
Extraversion/Introversion	Extravertiertheit, Introvertiertheit
Allgemeines Wohlbefinden	Selbstsicherheit, gehobene Stimmung
Emotionale Gereiztheit	Erregtheit, Empfindlichkeit, Ärger
Angst	Ängstlichkeit, Deprimiertheit, Verträumtheit

3.6 Hypothesen

Das durchgeführte Peer Counseling-Training soll sich bei den ausgewählten Erhebungsverfahren folgendermaßen auswirken:

1. Verbesserung von Beratungsfähigkeiten anhand der Einschätzung der Videoaufzeichnungen,

2. Positiveres Selbstbild in Bezug auf die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN),
3. Bessere Bewältigung der Behinderung, erkennbar an höheren Werten auf den AGAS-Skalen B und BO und niedrigeren Werten auf den Skalen SO und HU.

3.7 Trainees

Teilgenommen an dem Peer Counseling-Training haben drei Trainees im Alter von 29 bis 37 Jahren. Alle waren körperbehindert, zwei wegen Querschnittlähmung auf den Rollstuhl angewiesen. Zwei der Trainees waren am Ende ihres Studiums, ein Trainee war an einer Klinik im therapeutischen Bereich beschäftigt. Alle hatten mehr oder weniger Kontakt zum autonomen Behindertenreferat beim AStA und der Interessengemeinschaft behinderter Studierender an der Universität Mainz und wurden von dieser Seite auf das autonome Tutorium zu Peer Counseling angesprochen.

3.8 Das Peer Counseling-Training

Das Peer Counseling-Training (s. Anhang A) wurde von einer blinden Pädagogikstudentin und mir durchgeführt. Die Kurse fanden in den Räumen des neuen Gebäudes für Rechts- und Wirtschaftswissenschaften auf dem Campus der Universität Mainz statt. Das Peer Counseling-Training wurde als Ausbildungsprogramm aus den USA vorgestellt, mit dem zum ersten Mal gearbeitet wurde. Daraus resultierende Unsicherheiten seien mit der geringen Erfahrung zu erklären. Beide AusbilderInnen nahmen parallel zu den Kursen Supervision bei ebenfalls behinderten Supervisoren.

Zunächst gab es Anlaufschwierigkeiten, bis sich die Gruppe konstituiert hatte und die eigentliche Ausbildung beginnen konnte. So wurde eines der ersten Treffen wegen Terminüberschneidung zur Teilnahme an einer Protestaktion bei der Eröffnungsfeier eines neu renovierten großen Mainzer Kinos umfunktioniert, das nach einem umfangreichen Umbau weiterhin nur über Treppen zu erreichen ist. Damit konnte jedoch die enge Verbindung zwischen individueller Beratungsarbeit und politischen Engagement deutlich gemacht werden.

Das vorgegebene Programm konnte von seinen Zeitvorgaben her nicht eingehalten werden, allein schon weil keine drei- sondern nur zweistündige Treffen vorgesehen waren. Bei der kleinen Gruppengröße hatte das Fehlen eines Trainees starke Auswirkung auf die Arbeit in der Gruppe. Somit fielen manche Treffen aus, so daß, mit durch Ferienzeiten verursachten Lücken, größere Pausen entstanden. Grundsätzlich konnten nicht alle Punkte des Peer Counseling-Trainings Programm durchgeführt werden. Für den ersten Teil des Programms, das Selbsterfahrung und Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung behandelt, wurde ca. doppelt so viel Zeit wie vorgegeben benötigt. Durch das Interesse der Gruppe wurden über den ursprünglich festgesetzten Rahmen zwei zusätzliche Termine vereinbart. Dadurch konnte das Einüben der Gesprächsführungstechniken zufriedenstellend abgeschlossen werden. Das intensive Einüben der Beratungsfertigkeiten, das auch ein Feedback erfahrener Peer Counselors vorsieht, konnte wegen der knappen Zeit, wegen der in Mainz fehlenden Beratungsstelle und die dadurch nicht vorhandenen erfahrenen BeraterInnen, nicht wie vorgegeben durchgeführt werden.

3.9 Durchführung

In der Anfangsphase und nach Abschluß des Peer Counseling-Trainings wurden die Trainees gebeten, an einer Erhebung zur Wirkungsüberprüfung mitzuwirken. Dazu wurden spezielle

Termine ausgemacht, bei denen ein Treffen in einem Raum des Psychologischen Instituts vereinbart wurde. Dort wurden zunächst die drei Fragebögen ausgefüllt. Danach wurde ein Beratungsgespräch als Rollenspiel auf Video aufgezeichnet. Den Trainees wurde die Rolle des Peer Counselors zugewiesen. Als Ratsuchende haben zwei Mitglieder der Interessengemeinschaft behinderter Studierender mitgewirkt. Eine Studentin wirkte bei der ersten Erhebung mit, die zweite bei der abschließenden Erhebung. Mit beiden wurden die Situationen und die hervorzubringenden Probleme besprochen und einmal probeweise durchgespielt. Damit sollten standardisierte und vergleichbare Beratungssituationen erreicht werden. Die Beratungsgespräche sollten nicht länger als 15 Minuten dauern. Themen der Gespräche waren beim ersten Mal die Selbstwahrnehmung und die Reaktion der Umgebung auf die eigene Behinderung, beim zweiten Mal Schwierigkeiten bei Bewerbungsgesprächen aufgrund der Behinderung.

Ein Trainee nahm nicht an der Videoaufzeichnung teil, hier wurden lediglich die Fragebögen ausgefüllt.

Die Auswertung der Videoaufzeichnungen wurde durch vier PsychologiestudentInnen aus dem Vordiplomsabschnitt als RaterInnen durchgeführt. Alle vier hatten sich freiwillig gemeldet, nach dem sie in einem Seminar (zwecks Hilfe bei der Auswertung von Videoaufzeichnungen) angesprochen wurden. Sie erhielten eine kurze Einführung in den Inhalt und die Ziele des Peer Counseling-Trainings, den dort durchgenommenen Gesprächsführungstechniken und in die Theorie der drei therapeutischen Grundhaltungen, die in der Auswertung einzuschätzen waren. Um Fragen in der Anwendung zu klären, wurde ein Probedurchgang anhand der Aufzeichnung eines Beratungsgesprächs gemacht.

4. Ergebnisse

In der Erläuterung der Ergebnisse will ich der Reihenfolge der drei, für die vorliegende Untersuchung ausschlaggebenden Hypothesen, folgen. Also werden zunächst die Auswertung der Beratungsgespräche, dann die Ergebnisse nach den Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) und darauf folgend die Resultate nach AGAS und der EWL-K dargestellt. Dabei werden je Methode zunächst die individuellen Werte je Proband (Pb) und dann die zusammengerechneten Werte der Gruppe aufgeführt. Der Ergebnisteil wird durch einige Daten zu den sich zeigenden Zusammenhängen zwischen den verwendeten Skalen abgeschlossen.

4.1 Einschätzung der Beratungsfähigkeiten

Die Übereinstimmung der Raterinnen wurde aufgrund der Einschätzung mit Intervall- bzw. Verhältnisskalen nach dem "Intra Class"-Korrelationskoeffizienten (Bortz, 1983) berechnet. Bei der Einschätzung der Beratungstechniken ergibt sich ein Koeffizient von $r_i = -0,0000142$. Die Übereinstimmung bei der Einschätzung der therapeutischen Grundhaltungen liegt bei $r_i = 0,000025$.

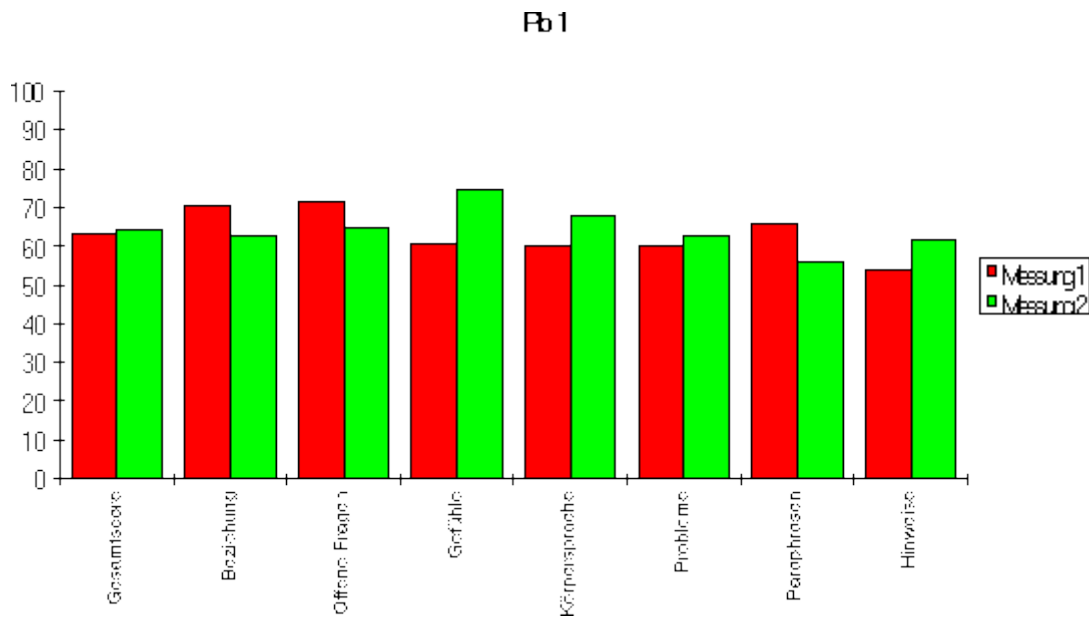


Abb. 4:
Einschätzung der Beratungsfähigkeiten bei Pb 1

Bei Betrachtung der individuellen Werte bei der Einschätzung der Videoaufzeichnungen (Abb. 4 und 5) sind keine starken Veränderungen wahrzunehmen. Bei beiden Probanden ist die auffälligste gemeinsame Veränderung bei der Einschätzung des Paraphrasierens zu erkennen; hier gibt es jeweils eine Verringerung der Werte um mehr als 10 Einheiten. Die Einschätzung zur Fähigkeit, auf Gefühle und Empfindungen einzugehen steigt bei Pb 1 um 10 Einheiten.

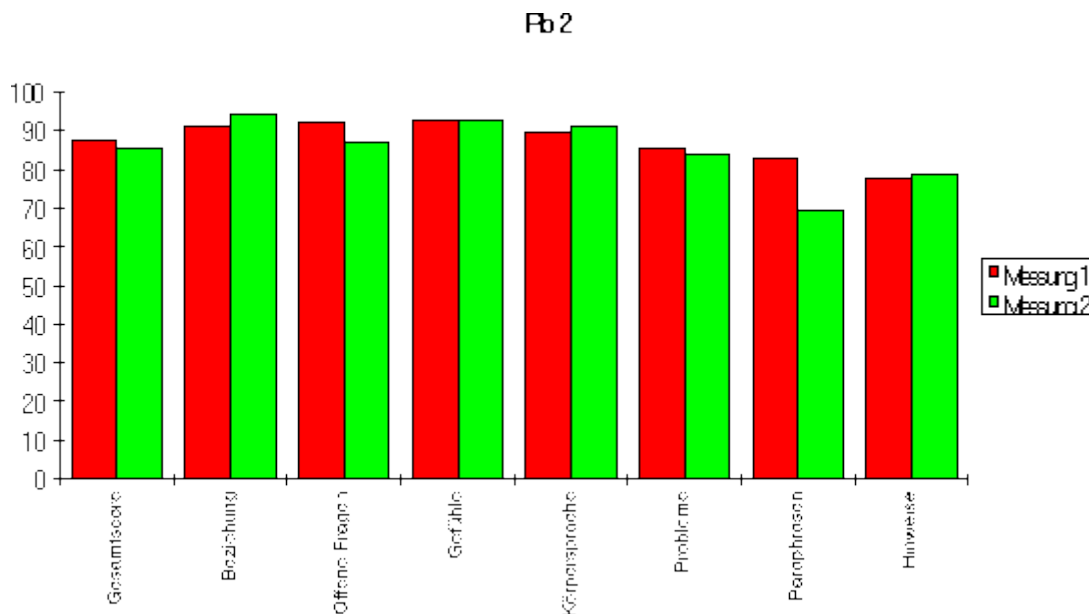


Abb. 5:
Einschätzung der Beratungsfähigkeiten bei Pb 2

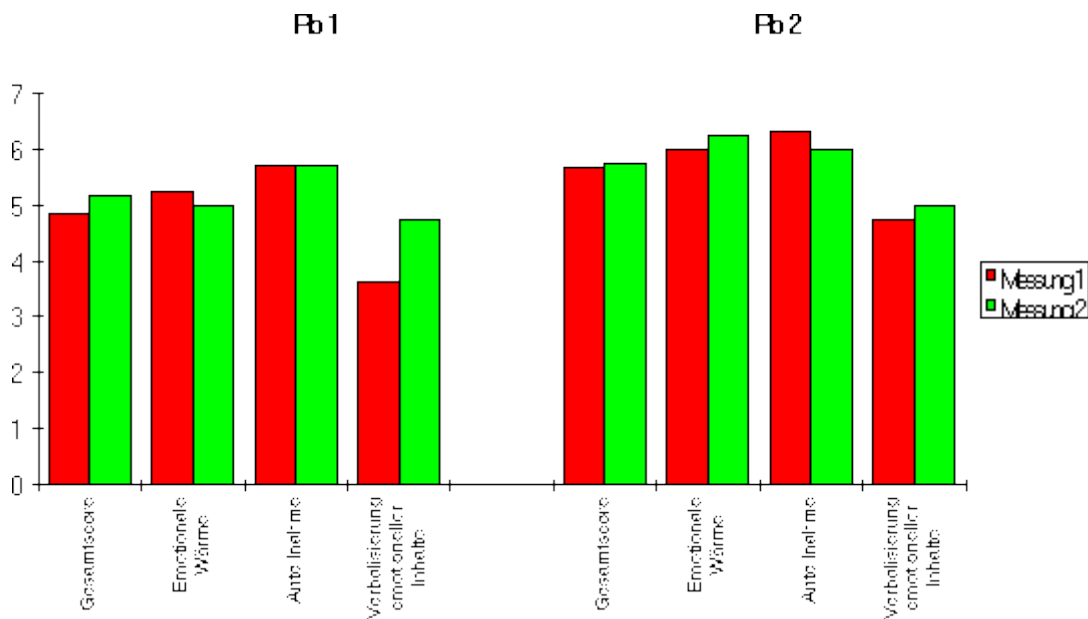


Abb. 6:
Einschätzung der therapeutischen Grundhaltungen bei Pb 1 und 2

Bei den Gesamtscores wird Pb 1 deutlich niedriger (ca. 64) als Pb 2 eingeschätzt, wo im Durchschnitt Werte von ca 86 erreicht werden. Pb 2 wird also mit um ca. 1/4 höheren Werten in den Beratungsfähigkeiten eingeschätzt als Pb 1.

Die Einschätzung der therapeutischen Grundhaltungen (Abb. 6) läßt ebenfalls keine entscheidende Veränderung zwischen Messung 1 und 2 bei den Probanden erkennen. Auch hier sind grundsätzlich höhere Werte bei Pb 2 gegenüber Pb 1 zu beobachten.

Bei Betrachtung der gemeinsame Werte von Pb 1 und 2 (Abb. 7) ergeben sich folglichweise keine weiterreichenden Erkenntnisse, als die bei den Einzelergebnissen bereits gemachten Feststellungen.

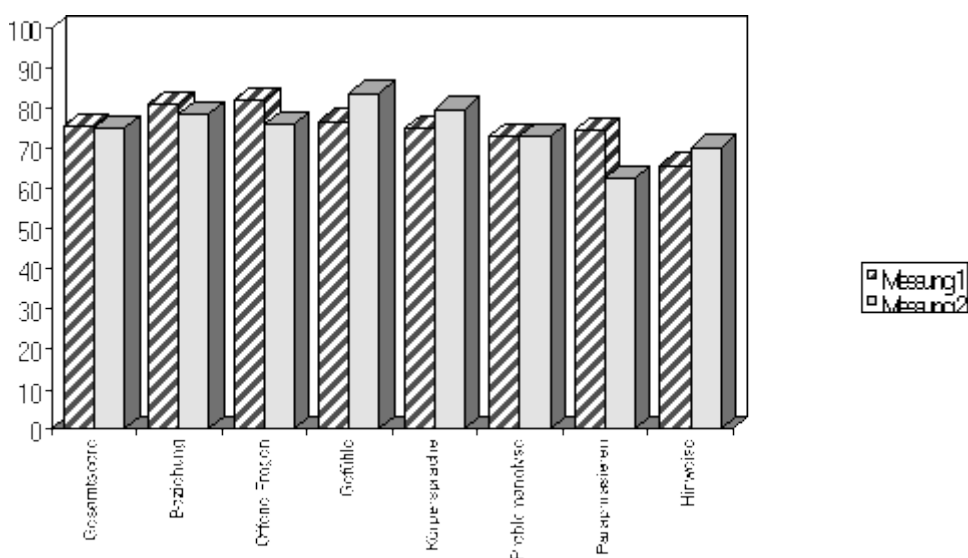


Abb. 7:
Einschätzung der Beratungsfähigkeiten bei Pb 1 und 2

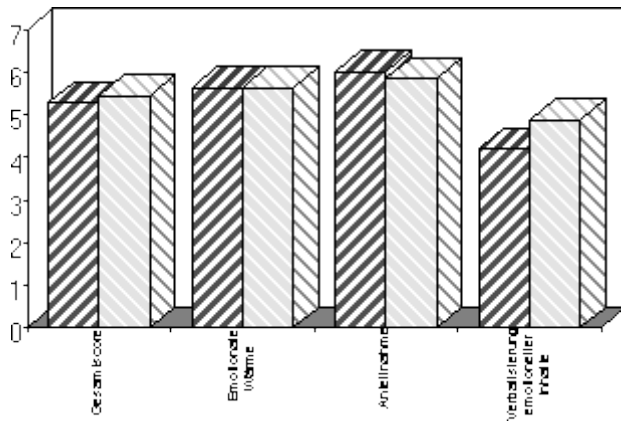


Abb. 8
Einschätzung der therap. Grundhaltungen

Auch hier zeigt sich als deutlichste Veränderung der Rückgang des Wertes beim Paraphrasieren zwischen Messung 1 und Messung 2. Eine Erhöhung der Werte ist lediglich bei den Bereichen Gefühle/ Empfindungen, Körpersprache und Gebrauch von Hinweisen zu erkennen. Der Gesamtscore bleibt in etwa unverändert. Bei der Einschätzung der therapeutischen Grundhaltungen (Abb. 8) ist insgesamt eine leicht positive Tendenz festzustellen. Dies ist letztlich auf die höheren Werte bei "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte" in der zweiten Messung zurückzuführen.

4.2 Resultate der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)

Während bei den Videoaufzeichnung zwei der drei Trainees teilgenommen haben, wurden die Fragebögen (FSKN, AGAS und EWL-K) von allen Trainees zu Beginn und zum Abschluß des Kurses ausgefüllt.

Die Resultate der hier angewendeten Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) sind durch Summenscores (nach Likert) dargestellt. Die Auswertung anhand von Skalenwerten, die größere, aber eindeutigere Ergebnisse bringen würde, war nicht möglich, da die Antworttendenz zu oft im mittleren Skalenbereich lag.

Je nachdem, ob ein Fragebogen zu einer der Skalen sechs oder zehn Items beinhaltete, ist ein maximaler Summenscore von 36 bzw. 60 zu erreichen. Die Einstufung der Ergebnisse als negatives Selbstkonzept liegt bei einem Maximalscore von 60 (hier die Skalen FSAP und FSSW) bei einem Score von unter 20. Bei einem Score von über 40 wird auf ein positives Selbstkonzept geschlossen. Zwischen den Summenscores von 20 und 40 liegt ein neutraler Bereich. Bei Skalen mit einem Maximalscore von 36 (hier: FSVE, FSEG, FSU, FSIA und FSEG) liegt dieser neutrale Bereich zwischen einem Score von 18 und 24, ist also verhältnismäßig kleiner. Darunter liegt der Einstufungsbereich für ein negatives, darüber für ein positives Selbstkonzept. In den folgenden Abbildungen sind die Grenzen dieser Bereiche durch Linien gekennzeichnet.

Pb 1

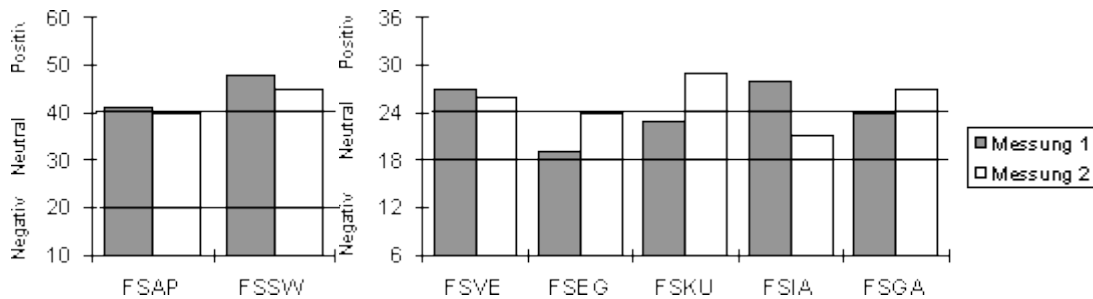


Abb. 9:
Werte der FSKN bei Pb 1

Bei Pb 1 zeigen sich Veränderungen zwischen Messung 1 und Messung 2 (Abb. 9) in positiver Richtung vor allem bei den Selbstkonzeptskalen zu Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG) und zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU). Eine Veränderung in negativer Richtung ist bei der Skala zur Irritierbarkeit durch andere (FSIA) zu erkennen. Die Scores der anderen Skalen weisen nur geringe Änderungen auf. Die Skalen im leistungsbezogenen Bereich und zur allgemeinen Selbstwertschätzung bleiben bei Pb 1 in etwa stabil. Der Bereich Stimmung und Sensibilität verändert sich positiv, während bei den Skalen im psychosozialen Bereich uneinheitliche positive und negative Veränderungen vorliegen. Insgesamt liegen die Summenscores im neutralen bis positiven Bereich, in keiner Erhebung liegt ein Wert im negativen Bereich.

Pb 2

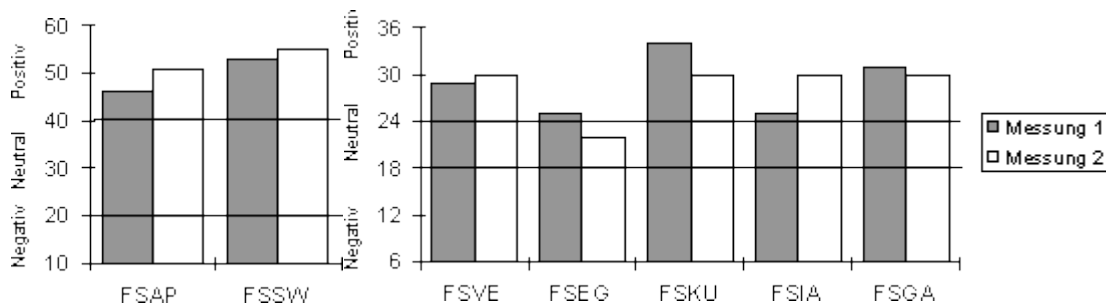


Abb. 10:
Werte der FSKN bei Pb 2

Eine starke positive Änderung zwischen den beiden Messungen ist bei Pb 2 (Abb. 10) bei dem Selbstkonzept zur Irritierbarkeit durch andere erkennbar. Ein auffälliger Rückgang der Werte ist bei den Scores zu den Selbstkonzeptskalen zu Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG) und zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU) zu sehen. Damit sind die auffallendsten Veränderungen genau in der entgegengesetzten Richtung im Vergleich zu Pb 1. Eine leicht positive Tendenz ist bei den Skalen im Leistungsbereich zu beobachten. Der Bereich von Stimmung und Sensibilität hat eine negative Tendenz, während der Bereich der allgemeinen Selbstwertschätzung recht stabil bleibt. Bei den Selbstkonzeptskalen im psychosozialen Bereich liegt wiederum eine uneinheitliche Tendenz vor. Die Summenscores der einzelnen Selbstkonzeptskalen liegen, bis auf eine Ausnahme, der Skala FSEG in der zweiten Messung, im positiven Bereich. Bei Pb 2 ist eine stark positive Selbststruktur zu erkennen.

Der Summenscore im Bereich der allgemeinen Selbstwertschätzung, erhoben durch die Skala FSSW erhöht sich merklich bei Pb 3 (Abb. 11) von der ersten zur zweiten Messung. Alle anderen Resultate zeigen eine mehr oder weniger starken Rückgang der Summenscores. Die

Selbstkonzepte im Leistungsbereich, in dem Bereich Stimmung und Sensibilität sowie dem psychosozialen Bereich haben eine negative Tendenz. Die Werte liegen in der Regel im neutralen Bereich. Die Skala zur Verhaltens- und Entscheidungssicherheit hat die niedrigsten Werte. Ganz im positiven Bereich liegen die Scores der Selbstkonzeptskala über Gefühle und Beziehungen zu anderen (FSGA).

Pb 3

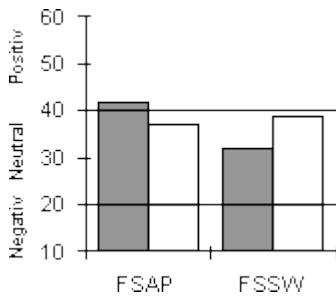


Abb. 11:
Werte der FSKN bei Pb 3

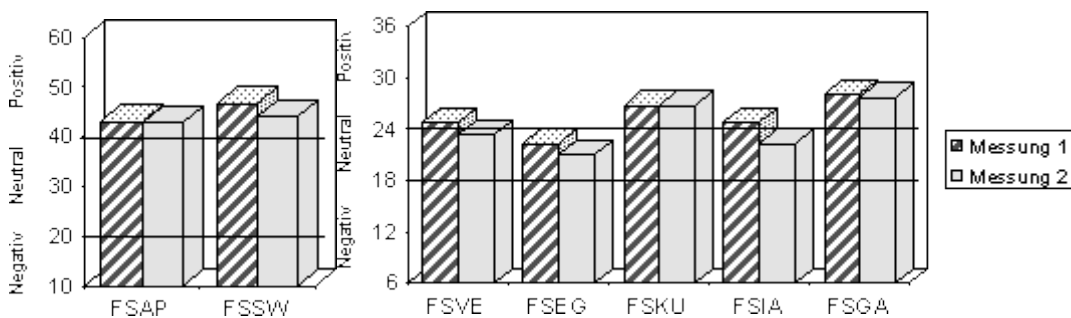


Abb. 12:
Mittelwerte der FSKN der Ausbildungsgruppe

Durch die teilweise gegenläufigen Tendenzen der Veränderungen bei den Selbstkonzeptskalen zwischen den jeweiligen Pbn gibt es bei den zusammengerechneten Werten der gesamten Gruppe (Abb. 12) keine deutlichen Veränderungen. Die gegenläufigen Tendenzen heben sich in den Werten der Gruppe gegenseitig auf. Vier der sieben Selbstkonzeptskalen, die zur allgemeinen Problembewältigung (FSAP), zum allgemeinen Selbstwert (FSSW), zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU) sowie die über Gefühle und Beziehung zu anderen (FSGA), liegen insgesamt im positiven Bereich. Bei den Selbstkonzeptskalen zur allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE) sowie zur Irritierbarkeit durch andere (FSIA) liegen die Gesamtwerte der ersten Messung im positiven Bereich, in der zweiten Messung im oberen neutralen Bereich. Lediglich die Selbstkonzeptskala zu Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG), und damit auch der Bereich von Stimmung und Sensibilität, liegt mit den gemeinsamen Werten bei beiden Messungen im neutralen Bereich. Sowohl die Werte der Selbstkonzeptskalen aus dem leistungsbezogenen, als auch aus dem psychosozialen Bereich liegen fast ausschließlich im positiven Bereich.

4.3 Ergebnisse der allgemeinen Behinderten-Verhaltensskala (AGAS)

Bei der AGAS können auf jedem Faktor maximal ein Score von 45 erreicht werden. Auf den Faktoren B (Bewältigung der Behinderung) und BO (Boden/ psychisches Substrat) haben hohe Werte eine positive Bedeutung. Hohe Scores auf dem Faktor HU (Hilfe-Unabhängigkeit) bedeuten, daß es störend ist, auf Hilfe angewiesen zu sein, auf dem Faktor SO (soziale Folgen) geben sie Rückschlüsse auf ein hohes Maß an Unverständnis der Umgebung gegenüber der Behinderung.

Pb 1

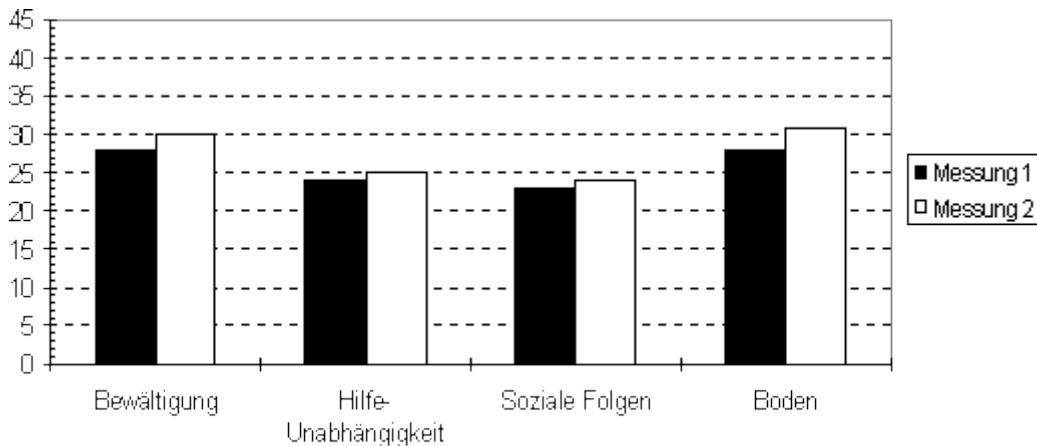


Abb. 13:
Werte der AGAS-Faktoren bei Pb 1

Die AGAS-Faktoren B (Bewältigung) und BO (Boden/ psychisches Substrat) weisen bei Pb 1 (Abb. 13) eine Steigerung auf. Sie liegen damit bei der zweiten Erhebung deutlich über dem Durchschnitt von 25,38 (B) und 25,63 (BO) bei der Vergleichsgruppe 20 bis 45-jähriger Körperbehinderter (Buijk, 1986). Eine leichte Verschlechterung bei den Faktoren Hilfe-Unabhängigkeit (HU) und soziale Folgen (SO) ist durch die Erhöhung um einen Punkt auf diesen Skalen zu registrieren. Dennoch liegen diese Werte um mehr als zwei Punkte unter dem Durchschnitt von 27,13 (HU) bzw. um mehr als fünf Punkte unter dem Durchschnitt von 29,6 (SO) bei der Vergleichsgruppe.

Pb 2

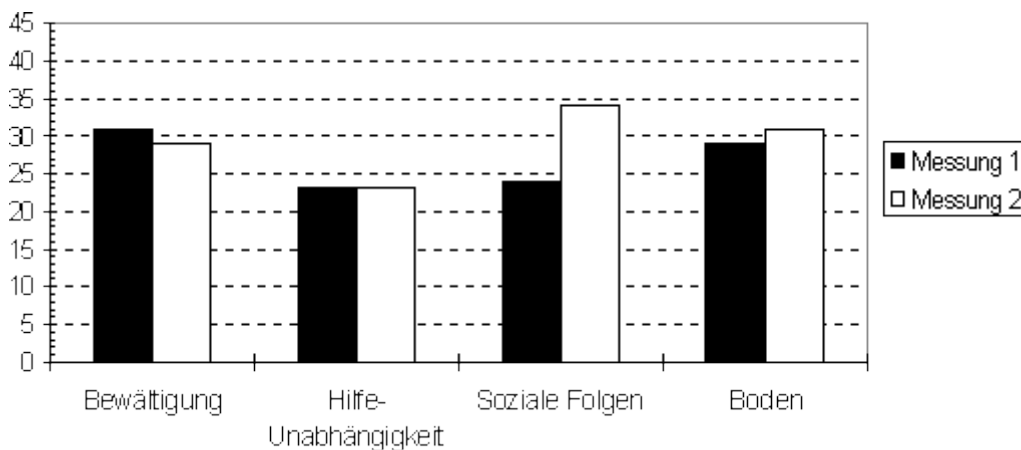


Abb. 14:
Werte der AGAS-Faktoren bei Pb 2

Bei Pb 2 (Abb. 14) ist eine starke Verschlechterung auf dem Faktor SO (soziale Folgen) zu erkennen. Der Score liegt damit um mehr als vier Punkte über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe. Der Faktor HU (Hilfe-Unabhängigkeit) bleibt stabil und liegt um mehr als 4 Punkte unter dem Durchschnitt. Faktor B (Bewältigung) nimmt leicht ab und ist bei der zweiten Messung noch um mehr als drei Punkte überdurchschnittlich, wohingegen Faktor BO (Boden/ psychisches Substrat) mit einer Steigerung auf einen Score von 31 letztlich mehr als fünf Punkte über dem Durchschnitt liegt.

Pb 3

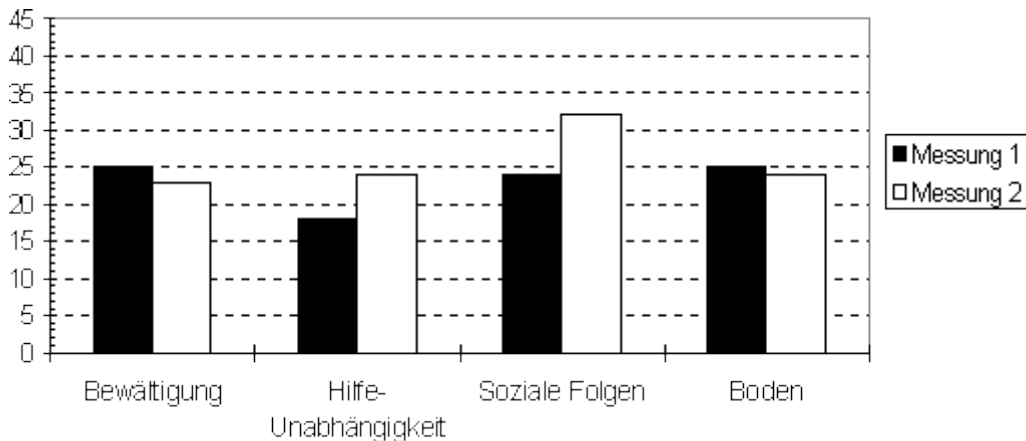


Abb. 15:
Werte der AGAS-Faktoren bei Pb 3

Auf allen vier Faktoren ist bei Pb 3 (Abb. 15) eine Verschlechterung der Werte zu registrieren. Die deutlichste Veränderung zeigt sich, wie bei Pb 2, auf dem Faktor SO (soziale Folgen), der bei der zweiten Erhebung dennoch nur um ca. zwei Punkte über dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe liegt. Der Faktor HU (Hilfe-Unabhängigkeit) liegt um mehr als drei Punkte unter dem Durchschnitt. Faktor B (Bewältigung) und BO (Boden/ psychisches Substrat) haben leicht unterdurchschnittliche Scores bei der zweiten Messung.

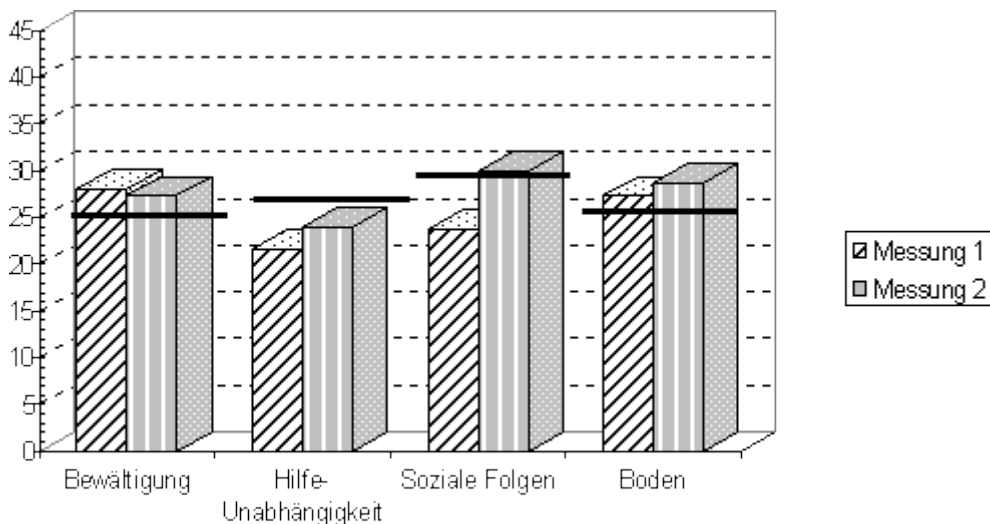


Abb. 16:
Mittelwerte der AGAS-Faktoren der Ausbildungsgruppe (Die schwarzen Striche im Vordergrund stellen die Mittelwerte der Vergleichsgruppe dar)
In Abb. 16 sind die Werte von AGAS der gesamten Gruppe zusammengefasst. Die schwarzen Striche im Vordergrund bezeichnen die Mittelwerte der Vergleichsgruppe 20 bis 45-jähriger Körperbehinderter. Die deutlichste Veränderung zwischen den beiden Erhebungen ist auf dem

Faktor SO zu beobachten, bei dem in der zweiten Messung ein insgesamt leicht ungünstigerer Wert gegenüber dem Durchschnitt erkennbar ist. Alle anderen Werte liegen besser als die Mittelwerte der Vergleichsgruppe. Der Faktor BO (Boden/ psychisches Substrat) zeigt die günstigste Veränderung aller AGAS-Faktoren in der gesamten Gruppe.

4.4 Eigenschaftswörterliste (EWL-K)

Der aktuelle emotionale Zustand zum Zeitpunkt der jeweiligen Erhebung sollte mit der Kurzform der Eigenschaftswörterliste (EWL-K) erfaßt werden. Die Resultate dieses Tests sind in der Tabelle 3 wiedergegeben.

Tab. 3:

Messung	Pb1		Pb2		Pb3		Mittelwerte	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Leistungsbezogene Aktiviertheit	13	3	14	15	14	12	13,7	10
Allgemeine Desaktivität	7	16	5	12	15	22	9	16,7
Extraversion/ Intraversion	9	7	7	8	8	9	8	8
Allgemeines Wohlbefinden	10	6	11	14	11	6	10,7	8,7
Emotionale Gereiztheit	5	3	11	12	21	22	12	12,3
Angst	2	5	4	6	26	23	10,7	11,3

Die meisten Werte des über den EWL-K erfaßten aktuellen emotionalen Zustandes weisen keine starken Veränderungen von Messung 1 gegenüber Messung 2 aus. Die auffälligsten Veränderungen sind die Steigerungen der Werte im Bereich der allgemeinen Desaktivität. Diese fallen bei Pb 1 mit einer Steigerung um einen Score von 9 sowie bei Pb 2 und 3 jeweils um 7 besonders auf. Gleichzeitig vermindert sich bei Pb 1 der Wert im Bereich der leistungsbezogenen Aktiviertheit um einen Score von 10. Bei den beiden anderen Pbn sind in diesem Bereich keine starken Änderungen zu erkennen. In den Bereichen emotionale Gereiztheit und Angst gibt es die größten interindividuellen Unterschiede. Hier liegen die Werte von Pb 3 um 24 bzw. 18 höher als bei Pb 1.

4.5 Zusammenhänge zwischen den verwendeten Tests

Um Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Tests und deren Subskalen darzustellen, wurde eine Korrelationsberechnung durchgeführt (s. Anhang C). In der folgenden Tabelle sind übersichtshalber die Werte aufgeführt, die trotz der geringen Zahl der Erhebungen, ein signifikantes Niveau erreichen. Insgesamt wurden 17 Skalen bzw. Subskalen der Tests (FSKN, AGAS und EWL-K) miteinander korreliert, so daß 136 Korrelationskoeffizienten berechnet worden sind. Davon sind zehn signifikante Werte in der Tabelle 4 aufgeführt.

Tab. 4:

Skalen bzw. Subskalen		Korrelationen
Allgemeine Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE)	Allgemeiner Selbstwert (FSSW)	.9769 **
Allgemeine Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE)	AGAS - B	.9328 *
Allgemeine Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE)	AGAS - BO	.9051 *
Allgemeiner Selbstwert (FSSW)	Selbstkonzept der Irritierbarkeit durch andere (FSIA)	.9045 *
Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU)	AGAS - B	.8861 *
AGAS - B	AGAS - BO	.8984 *
Emotionale Gereiztheit (EWL-K)	Angst (EWL-K)	.9077 *
Allgemeines Wohlbefinden (EWL-K)	Selbstkonzept zur allgemeinen Problembewältigung (FSAP)	.8949 *
Extraversion / Introversion (EWL-K)	Selbstkonzept der eigenen Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG)	- .9448 *
Angst (EWL-K)	Allgemeine Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE)	- .9156 *
* = $p < 0,01$ ** = $p < 0,001$		

Zwischen den beiden Frankfurter Selbstkonzeptskalen zur Einschätzung des eigenen Selbstwertes (FSSW) und der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE)

zeigt sich in der Berechnung mit SPSS/PC ein hochsignifikanter Zusammenhang. Sicherheit im eigenen Verhalten und im Treffen von Entscheidungen gehen somit mit einem hohen Grad an Selbstwert einher. Die Faktoren AGAS-B und -BO, die die Bewältigung der eigenen Behinderung und die psychische Konstitution, mit der eine Behinderung bewältigt wird, erfassen, weisen ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang zu der Skala der allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit auf. Die Korrelationen zwischen FSVE und den beiden AGAS Faktoren B und BO lassen sich aus dem signifikanten Zusammenhang von B und BO erkennen. Aus dieser Logik müßten ebenso ein Zusammenhang zwischen FSSW und AGAS-B und -BO existieren. Diese erreichen zwar mit .8805 (FSSW und AGAS-B) und .8382 (FSSW und AGAS-BO) beachtliche Werte, die den o.g. Zusammenhang vermuten lassen, liegen jedoch nicht auf einem signifikanten Niveau.

In den Frankfurter Selbstkonzeptskalen aus dem psychosozialen Bereich liegen signifikante Zusammenhänge vor zwischen den erhobenen Einschätzungen zur Irritierbarkeit durch andere (FSIA) und der Skala zur Einschätzung des allgemeinen Selbstwertes (FSSW) sowie zwischen der Skala zum Selbstkonzept zur eigenen Kontakt- und Umgangsfähigkeit (FSKU) und dem AGAS-Faktor B (Bewältigung der eigenen Behinderung). Theoretisch ließen sich dadurch weitere Zusammenhänge zwischen diesen Selbstkonzepten zu den Skalen FSVE und FSSW sowie zu AGAS-BO erwarten. Diese liegen mit den Korrelationswerten von .8660 (FSIA und FSVE), .7828 (FSKU und FSVE), .7689 (FSKU und AGAS-BO), .6416 (FSIA und AGAS-B), .6654 (FSIA und AGAS-BO) sowie .4718 (FSIA und FSKU) nicht in einem signifikanten Bereich, weisen aber mehrheitlich zu beachtende Werte auf.

5. Diskussion

In der nun folgenden Diskussion der durchgeführten Untersuchung will ich zunächst die Erhebungsmethoden (Rating der Videoaufzeichnungen, AGAS, FSKN und EWL-K) bewerten, kritisieren und Verbesserungsvorschläge für weitere Untersuchungen aufzeigen. Danach werde ich auf die sich andeutenden Zusammenhänge zwischen den Erhebungsmethoden eingehen. Ein weiteres Thema werden die methodischen Schwierigkeiten in der durchgeführten Studie sein. Schließlich soll ein Ausblick über die weitere Entwicklung des Peer Counseling und die sich dadurch denkbaren Evaluationsformen diskutiert werden.

5.1 Rating der Videoaufzeichnungen

Die quasi nicht vorhandene Übereinstimmung der RaterInnen bei der Auswertung der Videoaufzeichnungen machen eine Bewertung der vorliegenden Ergebnisse unmöglich. Selbst wenn nur die Einschätzungen der zwei RaterInnen berücksichtigt werden, die am meisten Übereinstimmungen gezeigt haben, ergibt sich ein Intraclass-Koeffizient von $r_i = 0,0473$, was ebenfalls kein zufriedenstellender Wert ist. Sowohl individuell, als auch im Bezug auf die gesamte Gruppe, können keine definitiven Aussagen darüber gemacht werden, in welcher Richtung durch die Durchführung des Peer Counseling-Trainings Änderungen bezüglich der Anwendung der erlernten Beratungstechniken sowie der therapeutischen Grundhaltungen stattgefunden haben. Insofern läßt sich die erste Hypothese weder bestätigen, noch läßt sie sich verwerfen.

Wegen der mangelnden Übereinstimmung der RaterInnen kann auch kein Bezug der Daten aus der Einschätzung der Videoaufzeichnungen zu den Ergebnissen der Fragebögen (FSKN und AGAS) genommen werden. Jeder sich zeigende Zusammenhang zwischen den Tests und der Auswertung der Videoaufzeichnungen liegt mit großer Wahrscheinlichkeit im Zufallsbereich und ist damit nicht interpretierbar.

Um aussagefähige Ergebnisse bei den Einschätzungen durch die RaterInnen zu erreichen, wäre eine sorgfältige Trainingsphase nötig gewesen. Eine ausführliche Einführung in die Methoden und Ziele des Peer Counseling-Trainings sowie in die Theorie und Anwendung der therapeutischen Grundhaltungen nach Rogers müssten Voraussetzung für ein solches Rating sein. In einigen der in Teil 3.3.1 beschriebenen Studien finden Schulungen für die RaterInnen statt, in denen zunächst ein hoher Grad an Übereinstimmung erreicht werden muß (z.B. einen Korrelationskoeffizienten von über .8), bevor die eigentliche Auswertung stattfindet. Dies hätte natürlich einen höheren Zeitaufwand für die RaterInnen zur Folge, der dann ggf. honoriert werden müßte. Weiterhin sollte bei der Auswertung von Rollenspielen mit nur behinderten Personen als BeraterInnen und Ratsuchenden die Wirkung von Stereotypen bezüglich der Einstellung gegenüber Behinderten beachtet werden. Die Einbeziehung von behinderten StudentInnen und WissenschaftlerInnen in die Auswertung könnte helfen, solche Fehlerquellen zu vermeiden.

Die Aufzeichnung einer Beratungssituation als Grundlage für die Einschätzung der erlernten bzw. zu erlernenden Beratungsfähigkeiten, in denen der/die Ratsuchende von nur einer Person gespielt wird, die jeweils das gleiche Thema zur Sprache bringt, wird bei weiteren Untersuchungen mit größeren Teilnehmerzahlen nicht in der Form durchführbar sein. Es ist anzunehmen, daß der oder die fiktive Ratsuchende damit überfordert wäre, mehrmals hintereinander dieselbe Beratungssituation in vergleichbarer Weise durchspielen zu können. Ermüdung und daraus folgende Unkonzentriertheit werden die ursprüngliche Absicht, die mit dem vorliegenden Untersuchungsdesign verfolgt wurde, standardisierte Beratungssituationen als Grundlage für die Einschätzung der Beratungsfähigkeiten aufzuzeichnen, in ihr Gegenteil verkehren. Die Reliabilität der Untersuchungsergebnisse wäre nicht mehr gegeben. Als Ausweg sind, basierend auf den in Teil 3.3.1 aufgeführten Studien, zwei Methoden denkbar:

a) Ähnlich wie bei Hill et al (1981), Hosford & Johnson (1982) und Thompson (1986) können verschiedene Ratsuchende mit ihren jeweils eigenen Themen eine Beratungssituation mit den ProbandInnen durchführen. Davon ausgehend, daß Peer Counselors, unabhängig von Person und Thema des Gesprächs in der Lage sein müssen, die grundlegenden Beratungsfähigkeiten anzuwenden, kann es unerheblich sein, ob die Einschätzung auf der Basis vergleichbarer oder unterschiedlicher Beratungssituationen erfolgt. Mit dieser Methode wird zwar die Reliabilität der Untersuchung vermindert, die Validität ist aufgrund der praxisnahen Beratungssituation allerdings gewährleistet.

b) Eine ökonomischere und durch starke Standardisierung geprägte Methode wenden Hector et al (1979), Kurpius et al (1980), Robinson et al (1981) und Errek & Randolph (1982) in ihren Untersuchungen an. Dort werden immer gleiche Videoaufzeichnungen von KlientInenaussagen dargeboten (sog. "Vignetten") an deren Ende die Reaktion der ProbandInnen aufgezeichnet werden und als Grundlage für die Einschätzung dienen. Eine hohe Standardisierung der Beratungssituation und die daraus resultierende Vergleichbarkeit für die Einschätzung der geforderten Beratungstechniken ist mit dieser Untersuchungsmethode gewährleistet. Es ist fraglich, ob der Zugewinn an Reliabilität mit dem zu erwartenden Verlust an Validität auszugleichen ist. Zu befürchten ist, daß sich die ProbandInnen in einer solch laborhaften und künstlichen Situation anders verhalten, als sie es in einer praxisnahen Situation tun würden.

Der Einsatz einer unskalierten 10 cm langen Linie mit den Polen "Trifft nicht zu" und "Trifft zu" zur Einschätzung der einzelnen Beratungstechniken war in der Handhabung problemlos. Es ist nicht zu erwarten, daß sich bei der Anwendung Unterschiede zu einer abgestuften Skala ergeben. Weitere Untersuchungen können die Fragestellung etwaiger Unterschiede zwischen den beiden Einschätzungsmethoden anhand einer größeren Stichprobe in ihrem Untersuchungsdesign berücksichtigen.

5.2 Veränderungen bei den angewendeten Tests

(FSKN, AGAS, EWL-K)

Die in den Tests gewonnenen Resultate lassen ein überwiegend uneinheitliches Bild über die Veränderungen zwischen der ersten und zweiten Erhebung zurück. Sowohl intra- als auch interindividuell gibt es gegenläufige Tendenzen von Verschlechterung bzw. Verbesserung der Werte. Aus diesen Grund kann weder die zweiten Hypothese, die Verbesserung des Selbstbildes, die in den Scores der FSKN zum Ausdruck kommen, noch die dritte Hypothese, die durch AGAS ermittelte bessere Bewältigung der eigenen Behinderung, bestätigt werden. Am eindeutigsten festzustellen sind noch die Verschlechterung des AGAS- Faktors SO (soziale Folgen), sowie ein Rückgang der FSKN-Werte bei Pb 3. Diese Daten widersprechen den Erwartungen der zweiten und dritten Hypothese.

Auch zu erwartende Zusammenhänge zwischen der EWL-K und seinen Subtests, die den aktuellen emotionalen Zustand erfassen und der Frankfurter Selbstkonzeptskala zu Empfindlichkeit und Gestimmtheit (FSEG) sind in einheitlicher Form weder auf individueller Ebene noch bei Betrachtung der Gruppenergebnisse zu finden.

5.3 Zusammenhänge zwischen den Tests und deren Subskalen

Zwischen vier Skalen der FSKN (FSVE, FSSW, FSKU und FSIA) und zwei Faktoren der AGAS (B und BO) lassen sich anhand der Korrelationsberechnungen Zusammenhänge erkennen. Das bedeutet, daß die Werte auf diesen Skalen bzw. Faktoren eine gemeinsame Tendenz aufweisen. Ein hoher Wert auf der einen Skala bzw. Faktor läßt auf einen ebenfalls hohen Wert auf den damit zusammenhängenden Skalen schließen. Die Selbstkonzeptskala zur allgemeinen Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (FSVE) gibt Auskunft über die Selbsteinschätzung über Sicherheit im eigenen Verhalten und Treffen von Entscheidungen. Ebenfalls auf eine eher individuelle Ebene bezogen liegt die eigene Einschätzung zum allgemeinen Selbstwert (FSSW), die zur Erhebung der "Einstellung zur eigenen Person (...), die sich auf Selbstachtung, auf Gefühle der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der eigenen Person (...) ebenso auf Gefühle von Nützlichkeit" (Deusinger, 1986) benutzt werden. Die beiden anderen hier erwähnten Skalen (FSKU und FSIA) werden dem psychosozialen Bereich zugeordnet. Hier spielt die Einschätzung über die Bedeutung des Verhaltens der Umgebung auf das eigene Selbstbild eine Rolle. Neben der Betrachtung der eigenen Person auf einer individuellen Ebene ist bei diesen Skalen die soziale Ebene stärker mit einbezogen. Die Selbstkonzeptskala zur Kontakt- und Umgangsfähigkeit erfaßt Kognitionen und Emotionen über die Fähigkeiten im Umgang mit anderen Personen, über die Sicherheit im Anknüpfen und Weiterführung von Kontakten und Gesprächen sowie über Geselligkeit. Inwieweit die Reaktionen anderer einen Einfluß auf das eigene Verhalten und Emotionen haben, wird über die Selbstkonzeptskala zur Irritierbarkeit durch andere (FSIA) erfaßt. Durch die vorliegende Untersuchung sind Hinweise ersichtlich, daß Selbstwert, Selbstsicherheit und soziale Fertigkeiten wie Kompetenzen und Sicherheit im Umgang mit anderen Menschen zum einen untereinander im Zusammenhang stehen als auch in Bezug zu den Faktoren B und BO der AGAS. Wenn also ein hohes Maß an Selbstwertgefühl und ausgeprägte soziale Kompetenzen angenommen werden, dann sind auch die Bewältigung der eigenen Behinderung und die psychische Konstitution, mit der ein Handicap verarbeitet wird, wie sie durch die AGAS-Faktoren B und BO verstanden werden, in einem hohen Maß vorhanden. Theoretisch kann angenommen werden, daß die durch die o.g. Skalen erfaßten Fähigkeiten und Eigenschaften für das Peer Counseling nützlich sind. Einfühlungsvermögen, Selbstreflexion und -distanz, soziale Fertigkeiten und Kompetenz sowie Bewältigung und

Offenheit in der Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung sind Eigenschaften, die "idealerweise" im Peer Counseling gefragt sind. Inwieweit die Skalen FSSW, FSVE, FSIA, FSKU sowie AGAS-B und BO diese Merkmale und etwaige Veränderungen in geeigneter Weise erfassen, müssen weitere Untersuchungen klären. Eine Konzentration auf den Zusammenhang zwischen diesen Tests und der Einschätzung der therapeutischen Grundhaltungen, sowie der Vergleich mit qualitativ gewonnenen Aussagen, wäre meiner Meinung nach beachtenswert.

5.4 Inhaltliche Validität der angewendeten Tests

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung, deren Förderung das Peer Counseling-Training als ein Ziel hat, hätte in dieser Untersuchung durch die AGAS erfaßt werden sollen. Meiner Meinung nach ist es fraglich, ob die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung, deren emanzipatorischer Aspekt die Grundlage für die Arbeit als Peer Counselor darstellt, mit dem Verständnis der Bewältigung der Behinderung übereinstimmt, wie sie in den Items des Faktors AGAS-B zum Ausdruck kommen. Items wie "Oft denke ich überhaupt nicht über meine Behinderung nach", "Es ist mir ziemlich gleich, daß ich behindert bin", "Die Zeit heilt alle Wunden" oder "Was die künftige Entwicklung meiner Behinderung betrifft denke ich: Kommt Zeit, kommt Rat!" als Beispiele für einige der insgesamt neun Items, über den der Faktor AGAS-B erfaßt wird, lassen erkennen, daß hier Bewältigung der Behinderung durch einen passiven, eher zur Verdrängung der eigenen Behinderung neigenden Charakter definiert wird. Dies steht im Gegensatz zu der im Peer Counseling-Training geforderten aktiven Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung, die den Prozeß des Bewußtwerdens über die Rolle der eigenen Behinderung für die eigene Person und für das soziale Umfeld fördern oder in Gang bringen möchte. Es scheint, daß die AGAS nur begrenzt das geeignete Meßinstrument zur Erfassung der Veränderungen für diesen Prozeß ist. Auch hier können offene Interviews oder eigens für diese Fragestellung entwickelte Tests einen fruchtbareren Erkenntnisgewinn ermöglichen.

5.5 Gruppengröße

Die vorliegenden Daten müssen nicht bedeuten, daß das durchgeführte Peer Counseling-Trainings seine Wirkung verfehlt hat. Zum einen kann durch die geringe Gruppengröße (N=3) nicht von generalisierbaren Ergebnissen ausgegangen werden. Weitere Untersuchung mit größeren Stichproben können erst Ergebnisse liefern, die seriöse Aussagen über die Effekte eines Peer Counseling-Training zulassen. Aus der durchgeführten Untersuchung lassen sich Erfahrungen zusammenfassen, die für zukünftige Forschungen in diesem Bereich von Nutzen sein können.

5.6 Gruppenzusammenstellung

Berücksichtigung finden sollte, daß sich die Personen, die an einem Peer Counseling-Training teilnehmen, eine stark selektierte Gruppe darstellen. Es sind behinderte Personen, die eine gewisse soziale Einstellung zeigen. Ziel der Ausbildung ist die Unterstützung anderer behinderter Menschen. Diese Aktivität bringt allenfalls gesellschaftliche Anerkennung, finanzielle Aspekte können außer Acht gelassen werden. Außerdem kann ein Grad an Selbstreflexion über sich selbst, die eigene Behinderung und die sich daraus ergebenden gesellschaftlichen Konsequenzen vorausgesetzt werden, um sich für eine derartiges Peer Counseling-Training zu interessieren. Bestätigt wird diese Annahme dadurch, daß alle Trainees durch die Aktivitäten des autonomen Behindertenreferates beim AStA der

Universität Mainz und der Interessengemeinschaft behinderter Studierender auf das autonome Tutorium zu Peer Counseling aufmerksam gemacht wurden. Es gab keine "Seiteneinsteiger", die allein aufgrund der öffentlichen Ankündigung für die autonomen Tutorien an dem Kurs Interesse gezeigt hätten. Für die Evaluation eines Peer Counseling-Trainings hat das meiner Meinung nach zwei zu beachtende Konsequenzen:

a) Die Generalisierbarkeit der gewonnenen Daten (und die sich daraus ergebende Schlußfolgerungen) ist durch die nicht repräsentative Gruppenzusammenstellung nicht gegeben. Aussagen über die Effekte eines Peer Counseling-Trainings können nur unter dem Bezug auf die selektive, nicht repräsentative Auswahl der TeilnehmerInnen an der Trainingsgruppe gemacht werden.

b) Bei der Auswahl der Tests muß auf die Sensibilität gegenüber Veränderung im oberen Bereich der Skalen geachtet werden. Durch die stark selektierte Gruppe, deren TeilnehmerInnen spezifische Voraussetzungen erfüllen, kann erwartet werden, daß die Ausgangswerte in einer ersten Messung überwiegend im hohen Bereich liegen. In der vorliegenden Untersuchung sind ebenfalls Tendenzen in Richtung überwiegend hoher bzw. überdurchschnittlicher Werte zu erkennen. So liegen die Anfangswerte der FSKN-Skalen im Gruppendurchschnitt im positiven Bereich, von einer Ausnahme im höheren neutralen Bereich abgesehen. Auch die am Anfang der Untersuchung erhobene Werte der AGAS liegen mit der Vergleichsgruppe im überdurchschnittlichen Bereich. Tests, deren Sensibilität im oberen Skalenbereich durch einen gegebenenfalls auftretenden "Deckeneffekt" eingeschränkt ist, können die auftretenden Effekte durch das Peer Counseling-Training nicht in angemessener Weise erfassen.

5.7 Äußere Einflußfaktoren

Die vorliegenden Resultate der angewendeten Tests können durch Faktoren beeinflußt sein, die nicht mit dem Peer Counseling-Training im Zusammenhang stehen. So fiel die Zeit, in der das Training durchgeführt wurde, bei zwei Trainees mit der Beendigung des Studiums zusammen. Streß bei Abschlußprüfungen und den nötigen Abschlußarbeiten sowie Ungewißheit über die berufliche Zukunft, die bei der Arbeitsmarktsituation für Behinderte noch stärker zu bewerten ist, sind nicht unerhebliche Einflußfaktoren für die angewendeten Tests. Das dritte Mitglied der Gruppe war kurz vor dem Umzug in eine fremde Stadt. Auch hier können Ungewißheit über die neue Situation in einem anderen sozialen Umfeld und arbeitsplatzmäßige Neuorientierung als kritische Lebensereignisse einen Einfluß auf die Testdaten haben. Die Rolle kritischer Lebensereignisse sollte in weiteren Untersuchungen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken und Erkenntnisse über Veränderungen von Einstellungen und Persönlichkeitsmerkmalen erfassen, mit einbezogen werden. Dies kann mit der Erfassung über das Auftreten kritischer Lebensereignisse durch geeignete Interventare oder durch Interviews geschehen.

5.8 Langzeiteffekte

Die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung, ein durch Selbsterfahrung geprägter Prozeß mit emanzipatorischen Charakter als wichtige Basis für die Tätigkeit als Peer Counselor, ist sicherlich nach dem halben Jahr noch nicht abgeschlossen, in dem die vorliegende Untersuchung stattgefunden hat. Hier wird deutlich, daß durch eine Peer Counseling-Training ein langfristiger Prozeß gefördert bzw. initiiert werden kann. Bei zukünftigen Untersuchungen wäre es von Interesse, die langfristigen Effekte eines Peer Counseling-Trainings näher zu untersuchen. Dies ist durch weitere Erhebungen, nicht nur

direkt nach Ende der Trainingsphase, sondern zu einem späteren Zeitpunkt nach Beendigung des Trainings möglich.

5.9 Versuchsleiter-Effekt

Eine mögliche Fehlerquelle in der durchgeführten Untersuchung liegt darin, daß der Untersuchungsleiter gleichzeitig einer der Trainer war. Dies kann Einfluß auf die ProbandInnen bei der Durchführung der Videoaufzeichnungen und der Tests gehabt haben. Möglicherweise sind hier Verfälschungen bei der Erhebung der Daten aufgetreten. Bei weiteren Untersuchungen sollte darauf geachtet werden, daß unterschiedliche Personen für die Durchführung der Ausbildung und für die Datenerhebung zur Verfügung stehen.

6. Schlußfolgerungen für weitere Evaluationsstudien zu Peer Counseling

Wie weitere Untersuchungen zur Effektivität von Peer Counseling-Ausbildungen oder Trainings aussehen werden, hängt davon ab, ob und in welcher Form solche Ausbildungen zukünftig stattfinden. Bei der ungewissen finanziellen Absicherung der Beratungsstellen, die im Sinne der Selbstbestimmt Leben-Bewegung arbeiten, sind Aussagen über die Zukunft des Peer Counseling hierzulande nur allzu vage. Aus der aktuellen Situation läßt sich berichten, daß die über den Zeitraum von zwei Jahren laufende bundesweite Ausbildung zum Peer Counselor - ISL (Reinarz, 1995, bifos 1995) wiederholt und eine dauerhafte Einrichtung werden soll. Darüber hinaus finden in verschiedenen Städten vor Ort (z.B. Kassel, Erlangen, Mainz, München, Salzburg) kürzere Workshops zu Peer Counseling statt. Außerdem beabsichtigen einige Zentren in Kursen, wie dem für diese Untersuchung durchgeführten, ihre BeraterInnen auszubilden. Unklar ist, ob und wie andere Behindertenverbände zukünftig Peer Counseling in ihre Arbeit miteinbeziehen.

Insgesamt steckt die Methode des und die Ausbildung in Peer Counseling hierzulande noch in den Kinderschuhen. In den USA hingegen gibt es schon eine gewisse Tradition in Peer Counseling. Die Übertragung und die Anpassung an deutsche Verhältnisse ist nicht abgeschlossen. In der derzeitigen Entwicklungsphase des Peer Counseling sind bei den mittleren und längeren Ausbildungen Evaluationsformen denkbar, deren Schwerpunkt im Informationsgewinn auf qualitativen Methoden in Form von Interviews liegen, wie sie beispielsweise von Ladenberger (1989) mit behinderten Personen verwendet wurden. Hier ist der Gewinn an Informationen umfangreicher, spezielle Eindrücke durch die Andersartigkeit der Ausbildung mit ausschließlich behinderte Menschen können damit leichter erfaßt werden, als dies mit den herkömmlichen Fragebögen vielleicht möglich ist. Dabei unterstützend können, der Fragestellung angemessen, Tests eingesetzt werden und eine geeignete Auswahl von Fragebögen, Inventaren etc erprobt und ausgewählt werden. Aussichtsreich erscheint mir ebenso die Einschätzung von Videoaufzeichnungen von Beratungssituationen durch gut ausgebildete RaterInnen. Mit dieser Methode kann ein effektiver Erkenntnisgewinn erreicht werden, vorausgesetzt, methodische Probleme sind von vornherein minimiert worden. Die Evaluation einer Peer Counseling-Ausbildung muß auf die Inhalte und Schwerpunkte, auf die jeweils besonderen Wert gelegt wird, abgestimmt werden. Eine Einführung in die grundlegenden Techniken des Peer Counseling bedarf einer anderen Begleitung als eine langfristige, tätigkeitsbezogene Ausbildung.

Neben der Evaluation von Peer Counselor-Ausbildungen ist die Frage nach dem Effekt des Peer Counseling in seiner Anwendung von Interesse: Welche Effekte hat Peer Counseling im Vergleich zu anderen Beratungsformen? Was bewirkt der oft geschilderte "Peer"-Effekt in der

Beratung und wie wirkt er? Bei welchen Personen ist Peer Counseling besonders hilfreich, bei welchen weniger? Dies sind Fragen, die möglicherweise durch weitere wissenschaftliche Untersuchungen geklärt werden können.

Wichtig erscheint zunächst einmal, das Peer Counseling hierzulande weiterhin als notwendige Ergänzung und innovatives Element im Beratungsangebot erhalten bleibt und gefördert wird, was durch wissenschaftlich einwandfreie Untersuchungen unterstützt werden kann. Letztlich geht es hierbei jedoch um eine politische Frage, deren Beantwortung Rückschlüsse über die Einstellung der Gesellschaft gegenüber dem Recht behinderter Menschen auf Selbstbestimmung zuläßt.

Anhang A

PEER COUNSELING TRAINING TRAINING PROGRAMM

(...)

III Das Training Programm

Beigefügt (im Teil II Seite 49) ist eine Übersicht für ein erfolgreiches Programm.

Wöchentlich dreistündige Sitzungen über einen Zeitraum von 10 bis 14 Wochen haben sich bewährt.

Der allgemeine Beginn der Sitzungen, die sich mit den Fähigkeiten des Zuhörens beschäftigen, ist:

Eine kurze Einführung durch den/die TrainerIn(nen); Diskussion in der Gruppe; ein "hot seat", um die gelernten Fähigkeiten einzuüben (die Situation wird von dem/der TrainerIn vorgegeben); Zweiergruppen unter Aufsicht des/der TrainerIn, um die gelernten Fähigkeiten weiter einzuüben (Rotation der Gruppenmitglieder, damit jeder mit verschiedenen Personen arbeitet), Zusammenfassung in der Gruppe, soweit es die Zeit erlaubt. Jede neue Sitzung sollte mit 10 Minuten beginnen, in denen Fragen über die vorangegangene Sitzung erörtert werden können. Es handelt sich hier lediglich um Richtlinien. Flexibilität ist notwendig, um auf die sich ausbildenden Bedürfnisse und Fähigkeiten der TeilnehmerInnen reagieren zu können.

In den Zweiergruppen sollten die TeilnehmerInnen Situationen aus dem Alltag thematisieren.

Die Teilnahme in der Gruppe läuft eher in einem Prozeß als auf einem konstanten Level.

Besonderheiten des Co-Counseling bei Übungen in Zweiergruppen.

Es ist absolut notwendig, daß der/die TrainerIn eine Atmosphäre des klaren, ehrlichen und nicht-wertenden kritischen Feedbacks ermöglicht.

Am Anfang sollte eine kurze Vorstellung der TeilnehmerInnen stehen.

Der Begriff Rollenspiel wird in diesem Training-Programm so verstanden, daß bei zwei TrainerInnen beide ein Beratungsgespräch vor der Gruppe vorführen. Ein "hot seat" hingegen geht davon aus, daß einE TrainerIn und einE der TeilnehmerInnen zusammen eine Beratungssituation durchspielen.

A (1. Sitzung) Einführung in Peer Counseling

1. Was bedeutet der Begriff "Peer Counseling" für dich?

(Gruppendiskussion) (15 Minuten)

2. Zusammenfassung der Diskussion durch den/die TrainerIn. (1/2 Stunde)

3. Der/die TrainerIn wiederholt die "Peer Counseling-Richtlinien" (s. Teil II Seite 29) sowie die "Zugrundeliegenden Prinzipien".

Gemeinsame Verantwortung für das Aufstellen und Erreichen von Zielen.

Der Peer Counselor in der Modellrolle - Mitteilen eigener Erfahrungen.

Gewährleisten von emotionaler Unterstützung

Das Ziel ist, ein unterstützendes Netzwerk für den Einzelnen aufzubauen und diesen in eine größere Gemeinschaft zu integrieren.

Der kurze, spezifische und erneuerbare Vertrag.

Unterschiede zwischen Peer Counseling und Psychotherapie.

Gruppendiskussion über diese Punkte.

4. Der/die TrainerIn liest den Text "Listen - Höre zu" (s. Teil II Seite 36)

5. (Fakultativ) Gruppen von drei oder vier Peer Counselors sprechen über ihre Erfahrungen und Probleme, die sie in der Beratung entdeckt haben. Fragen und Kommentare der TeilnehmerInnen. (1 1/2 Stunden)

6. In Anbetracht der Tatsache, an diesem Programm teilzunehmen und selbst Counselor zu werden - was sind jetzt Deine Gefühle? Ängste? Stärke der Gefühle, die du hast? Wachheit? (1/2 Stunde)

B. (2. Sitzung) Behinderungsbewußtsein

1. Die zugrunde liegenden Regeln für das Trainingsprogramm werden vorgestellt. (5 Minuten)

Keine Urteile: Richtig-Falsch-Aussagen.

Das Wohlbefinden in der Gruppe ist wichtig, nicht das einer einzelnen Person: Spreche über Deine Gefühle als Antwort auf das, was andere erzählt haben; was es in dir hervorruft; welche eigenen Erfahrungen dir dazu einfallen.

Bleibe bei Gefühlen; detailreiche Tatsachengeschichten sollten vermieden werden.

Benutze die "Ich"-Form, um Deine eigene Sichtweise zu gewinnen.

Vertrauen - alle stimmen zu, daß das, was in der Gruppe ausgesprochen wird, in der Gruppe bleibt.

Rolle des Förderers (s. Teil II Seite 32 -> "Empowerment")

JedeR stimmt der Teilnahme zu; nur der Grad des Teilnehmens variiert.

Punkte a-g mit der Gruppe durchgehen, um sie zu klären.

2. Das erste Bewußtwerden über die Behinderung.

(Zweiergruppen) Diskussion: Siehst du dich selbst als behindert an? Gibt es etwas wie eine körperlich Behinderung? Sind andere Menschen körperlich behindert? Gibt es Behinderungen anderer?

(Jeweils 5 Minuten, zusammen 10 Minuten)

Jede/r beschreibt seine/ihre ersten Gefühle beim ersten Bewußtwerden der Behinderung.

Beschränkung auf Gefühle! Beschreibe erste Reaktionen. Höre deinem/deiner PartnerIn aufmerksam zu. Kein Feedback. Bist du der Meinung, nicht behindert zu sein, dann beschreibe Deine Behandlung. > Beschränke dich auf Gefühle! (Jeweils 5 Minuten, zusammen 10 Minuten).

Welche Gefühle riefen die Schilderung der anderen in dir hervor? Was lernst du somit über Peer Counseling? (20 Minuten).

Welche Reaktionen zeigen/zeigten Mitmenschen deiner Behinderung gegenüber?

Inwiefern gleichen sich bzw. sind diese unterschiedlich von deinen eigenen? (15 Minuten).

Der/die TrainerIn bittet die Gruppe um eine Zusammenfassung.

(fakultativ) Beschrifte 20-30 Karteikarten mit Gefühlsausdrücken (Ärger, Verwundbarkeit, Angst, Verzweiflung, Freude, Hoffnung, Depression, Traurigkeit, Stärke, Fähigkeit, etc...)

Jedem/jeder TeilnehmerIn werden zwei Karten ausgehändigt. Inwiefern lassen sich die jeweiligen Begriffe auf die momentane Situation der Person beziehen? Inwiefern ist das anders bzw. gleich in Bezug auf vergangene Gefühle?

(fakultativ) Versuch einer genauen Definition der gegenwärtigen Lage durch Meditation.

Entspannung von Körper und Geist.

Erinnere dich an Deine erste Erfahrung mit deiner Behinderung. Mache dir Deine Gefühle bewußt.

Die Situation ist eine Geburt. Ein Baby wird geboren. Es hat eine Behinderung. Stelle dir die Behinderung vor. Sei dir über Deine Gefühle bewußt.

Stelle dir eine positive, glückliche Reaktion auf deine Erfahrung vor > Wie fühlt sich das an? Die Gruppe wird langsam zurückgebracht. Es folgen einige Minuten der Stille. Man teilt sich die Gefühle mit.

3. Zwei allgemein bekannte Gefühle: Ärger und Verwundbarkeit

Was verärgert dich ? (Gruppendiskussion - TrainerIn listet auf).

Wie drückst du deinen Ärger aus? (TrainerIn listet auf).

Wie fühlst du dich, wenn du deinen Ärger ausdrückst (falsch, ängstlich, machtvoll)? ...darüber mit jemanden zusammen zu sein, der verärgert ist? (15 Minuten)

In welchem Bezug steht das zu Behinderung? Gibt es überhaupt einen Bezug?

Inwiefern würdest du dich gerne anders verhalten? (Ein oder zwei "hot seats" zum Üben.

Übernehme die Vorschläge der Gruppe) (15 Minuten).

Was gibt dir das Gefühl von Verwundbarkeit? Welche Bedeutung hat dieses Wort für dich?

Was ist das schlimmstmögliche, daß dir zustoßen könnte, wenn du dich verwundbar fühlst? (15 Minuten).

Wie kannst du dich verhalten? (Zwei "hot seats") (10 Minuten).

C. (3. Sitzung) Selbst-Bewußt-Werden / Bewußtsein

1. Bewußtsein / Integration (Dies ist kein zu erreichender Endzustand, sondern ein Punkt in einem andauernden Prozeß von Bewußtsein und Erfahrung) a. Diskussion über die Definition von Behinderung

Einschränkung im Leben

Störung für das "Funktionieren"

Siehst du dich selbst als behindert an? Warst du jemals (in diesem Sinne) behindert? (15 Minuten)

b. (Übung mit Mimik in der Gruppe). Instruktion: "Ich werde jetzt Wörter vorlesen, die unsere Gefühle an verschiedenen Stufen im Prozeß des Bewußtwerdens und Erfahrung der Behinderung beschreiben. Seht euch nicht gegenseitig an. Wenn ich diese Wörter jetzt ausspreche, dann drückt es aus. Ihr könnt auch Geräusche machen, aber nehmt mit niemand anderen Kontakt auf".

Schock

Traurigkeit

Depression

Verletzbarkeit

Ärger

Hoffnung

Ich bin wieder eins. Ich bin wieder ganz ein menschliches Wesen.

c. (Gruppendiskussion) Welche Gefühle hattest du soeben?

d. Wo im Prozeß befindest du dich jetzt?

e. Was bedeutet für dich die Anerkennung und die Integration der Behinderung? Wie sieht es konkret aus/wird es konkret aussehen? Versucht du "geheilt" zu werden oder einfach mit der Behinderung auszukommen/fertig zu werden?

f. Wie wird das Deine Beziehung zu anderen beeinflussen? (20 Minuten)

2. Meditation (fakultativ)

Beginne mit Entspannung von Körper und Geist

Umgebung (Setting): Wald, Meer Wiese - Wahrnehmen von Einzelheiten (sehen, riechen, fühlen, hören)

Situation: du triffst einen weisen alten Mann/ eine weise alte Frau, der/die dir folgende Fragen beantworten wird: Wer bin ich wirklich? Was brauche ich, um mich selbst zu erkennen? Der weise Mann/die weise Frau gibt dir ein Geschenk, welches dir helfen soll, dich zu erinnern. Die Gruppe wird langsam zurückgeholt. Einige Minuten Stille. Erfahrungen werden ausgetauscht.

3. Sensibilität anderen Behinderten gegenüber:

"Die Hierarchie der Behinderungsarten"

Welches ist die schlimmstmögliche Behinderung, die du dir vorstellen kannst? Welche die beste? Warum? (Oder auch: Grad der Behinderung) (10 Minuten).

Welche behinderungsbedingte Einschränkungen und Verhaltensweisen lösen in dir Unbehagen aus? Warum? Vorschläge der anderen, wie man damit umgehen könnte.

ROLLENSPIEL mit einem/einer PartnerIn um Möglichkeiten zu finden, damit umzugehen - du nimmst die Rolle des "Anderen" ein, dann wird getauscht. (Hot seat - und Zweiergruppen, 5-10 Minuten jeweils) (20 Minuten).

Soziale - Politische Auswirkungen einer Hierarchie von Behinderungsarten.

Was für eine Bedeutung hat das für Peer Counseling? (15 Minuten)

4. Fasse die Punkte # 1-6 zusammen. Der/die TrainerIn listet die Aufgaben des Counselings auf, wie sie durch die verschiedenen Stufen des Bewußtwerdungsprozesses notwendig werden. (15 Minuten).

5. (Fakultativ) Weiß ich selbst genug, um Counseling zu beginnen? Der/die TrainerIn nimmt an zwei 15-minütigen Hot seats als Counselee teil. (Wähle aus verschiedenen Situationen aus: Sexualität, Selbstmord, Assistenz, Verzweiflung etc.). Counselor und Gruppe geben Feedback - wie hat es funktioniert? Bringe dies in eine Überleitung auf das noch kommende Programm. (Freigestellt).

D. (Sitzung 4) Die Fähigkeit zuzuhören - Einführung

Die Fähigkeit zuzuhören hat viel Anwendungsmöglichkeiten. Viele von Euch werden erkennen, daß ihr diese Fähigkeit ganz selbstverständlich nutzen werdet. Gutes Zuhören allein macht schon ca. 50 % des Counselings aus und Ihr könnt es als nützliches Mittel in der Familie, im Freundeskreis und bei der Arbeit einsetzen.

Das Zuhören ist ein Mittel der Unterstützung, eine Hilfe für andere, um herauszufinden, wo sie gerade sind, was sie denken und wie sie sich fühlen. Die Fähigkeit, gut zuhören zu können kann also einen Menschen helfen, ein Problem zu lösen oder sich über seine Probleme Klarheit zu verschaffen. Du magst herausfinden, daß gutes Zuhören dir helfen kann zu erkennen "woher eine andere Person kommt".

Wie kann beschrieben werden, was gutes Zuhören NICHT ist? Zusammenfassen. (10 Minuten).

Es ist nicht, das Sprechen ganz und gar selbst zu übernehmen; Es ist nicht das Erteilen von Ratschlägen; Es ist nicht, zu manipulieren; Es ist nicht, die Verantwortung für das Problem des anderen (und dessen Lösung) zu übernehmen. Bedenke bitte, daß dieser Workshop dich nicht zum Therapeuten/zur Therapeutin ausbilden soll. Zuhören ist nur ein Teil des Helfens, aber es ist ein extrem wichtiger Teil.

Attending behavior: Körpersprache und Grundlagen; offene und geschlossene Fragen (3 Stunden mit einer 15-minütigen Pause).

1. Körpersprache: Elemente sind Blickkontakt, Haltung, eingenommener Raum, Gestikulation und Mimik. Gib einen Überblick über die Bedeutung dieser Begriffe. (Gruppendiskussion).

Welche kulturellen Variationen gibt es bei der Körpersprache?

Welches sind durch die Behinderung bedingte Veränderungen der Körpersprache?

Wenn kulturelle Unterschiede und Behinderung mit einbezogen werden, welches sind einige Beispiele für Körpersprache, welche leicht mißverstanden werden können?

Was können wir als Peer Counselors aus der Körpersprache ablesen? (20 - 30 Minuten).

2. "Verbales Folgen": Dieses "Folgen" unterscheidet sich von gewöhnlicher Konversation, in der jede Person ihrem eigenen Gedankengang folgen kann. Zum bewußten Anwenden des "verbales Folgen" ist es wichtig, das Gegenüber den Verlauf des Gespräches bestimmen zu lassen, während man sich selbst auf schlichtes Erwidern oder Zwischenfragen beschränkt. Unterbrechungen sollten auf ein Minimum beschränkt sein, das Springen zwischen Themen sollte vermieden werden. Und wenn es auch zu Beginn schwer fallen mag: Versuche, dem anderen keine Ratschläge zu geben oder seine Beweggründe, seine Gedanken oder sein Benehmen zu bewerten. Wichtig ist es auch, dem Gegenüber zunächst keine eigenen oder ähnlichen Erfahrungen zu schildern. Bedenke: Du bist für die Lösung des Problems nicht verantwortlich! (5 Minuten)

3. Hot seat mit TrainerIn als Counselee. Die Gruppe gibt anschließend Rückmeldung über die Körpersprache beider Gesprächspartner und dem "verbales Folgen" des Counselors. (15 Minuten).

4. Zweiergruppen: Beschreibe dich selbst: deine Vergangenheit, deine Gegenwart, deine Zukunft; deine Gefühle und Gedanken und was in deinen Augen "heiße Eisen" sind (5 Minuten. Stop. Counselor und Counselee tauschen ihre Beobachtungen über Körpersprache und die Fähigkeiten des Zuhörens aus. 5 Minuten. Die Rollen werden getauscht. Dieselbe Reihenfolge. 20 Minuten insgesamt).

(15 Minuten Pause) 5. Offene Anregung eines Gesprächs

a. Der erste Gesichtspunkt ist das Fragen. Wir werden uns mit "offenen" und "geschlossenen" Fragen beschäftigen.

Gib Beispiele für "offene" Fragen.

Wer stellt solche Fragen?

Welchem Zweck dienen sie?

Gib Beispiele für "geschlossene" Fragen.

Wer stellt solche Fragen? Aus welchem Grund stellen wir solche Fragen? (15 Minuten)

b. Positive Arten, "offene" Fragen im Counseling zu stellen.

Der Verlauf ist vom Counselee bestimmt.

Sammele viele Informationen.

Erkenne, welche Anliegen dem Counselee am wichtigsten sind.

Kann eine festgefahrene Situation "auftauen".

Lenke das Gespräch auf einen persönlicheren, "inneren" Punkt. (5 Minuten).

c. Negative Arten:

Zu viele Freiheiten? Keine Grenzen.

MancheR könnte ins "Schwätzen" geraten.

d. Positive Seiten "geschlossener" Fragen:

Entlocken spezifischer Informationen.

Können als Begrenzung wahllosen Schwätzens dienen. Können Ängste beschwichtigen.

Können den Wahrheitsgehalt von Informationen überprüfen. (5 Minuten)

e. Negative Seiten:

Neigen dazu, das Gespräch abzuwürgen.

Provozieren "ja - nein"-Antworten

Tendieren dazu, eine etwas unpersönliche Atmosphäre entstehen zu lassen. (5 Minuten)

f. Was macht das "Wieso?" zum Problem? Welche anderen Wörter gibt es stattdessen? (5 Minuten)

g. Kleine Ermunterungen können das Gespräch weiterführen: Sie können verbal sein (wie z.B. "Erzähl weiter", "Oh, ja", "Ich verstehe", "Ja" oder einfach die Wiederholung der letzten beiden Wörter, die der/die GesprächspartnerIn gesagt hat, z.B. "So wenig Zeit ...?") oder auch nonverbal sein (Nicken, Lächeln). Das wichtige ist, daß sie kurz und für dich natürlich sind. Wieder gilt, daß du durch Ausprobieren deinen eigenen Stil finden mußt. Oft hat eine solche Ermutigung oder eine einfache Wiederholung des bereits Gesagten einen großen Effekt, also habe ruhig den Mut, dich bei dem Gebrauch dieser kleinen Verstärker nicht einzuschränken, um das Gespräch am laufen zu halten. (5 Minuten).

h. Schweigen als kleine Ermunterung. Wie reagierst du auf Schweigen? Welche Funktion könnte es in der Beratung haben? (10 Minuten).

i. 15 Minuten "Hot Seat". Feedback der Gruppe über alle Techniken, die bis dato erlernt wurden, aber spezieller Bezug auf Schweigen, "offene" und "geschlossene" Fragen. (25 Minuten).

j. Zweiergruppen (je 7 Minuten für Gespräch und 3 Minuten für Feedback) (20 Minuten).

E. (5. Sitzung) Paraphrasieren

1. Der/die TrainerIn liest:

JedeR von Euch hat das Paraphrasieren schon bei anderen erlebt und hat auch selbst paraphrasiert, vielleicht ohne es selbst zu bemerken. JournalistInnen, die ein Interview führen, wiederholen oft das Gesagte in ihren eigenen Worten noch einmal: das ist Paraphrasieren. Wer in irgendeinem Unterricht sich Notizen macht, tut oft nichts anderes, als das vom Lehrenden Gesagte zu paraphrasieren. Ebenso muß, wenn man z.B. ein Telegramm absendet, eine umfangreiche Botschaft auf wenige Worte beschränken: auch das ist eine Art des Paraphrasierens. Eine Paraphrasierung gibt kurzgefaßt die Essenz eines Textes wieder; Fakten einer Situation werden genannt, Details jedoch fallen gelassen. Diese Technik ist etwas fortgeschrittener und erfordert mehr Konzentration und Übung als das "offen" Fragen, welches wir zuvor kennengelernt haben.

Das Paraphrasieren hat im Wesentlichen drei Hauptfunktionen:

(1) Es dient zum einen als eine Überprüfung des Verständnisses, um zu garantieren, daß das Gesagte korrekt verstanden wurde. Dies ist besonders dann hilfreich, wenn du verwirrt bist, oder wenn du das Gefühl bekommst, dich zu eng mit der Situation des/der Betroffenen zu identifizieren. Wenn du alles richtig verstanden hast, wird deinE GesprächspartnerIn auf deine Paraphrasierung mit Ausdrücken wie z.B. "Ja" oder "Stimmt" reagieren.

(2) Eine Paraphrasierung kann auch klären, was genau der/die GesprächspartnerIn gesagt hat, insbesondere wenn du beginnst, Trends zu erkennen, Dichotomien aufzustellen oder Prioritäten aufzulisten. Als aktiveR ZuhörerIn mit einem gewissen Grad an Objektivität wirst du diese Trends oder Prioritäten leichter erkennen können als der/die Betreffende selbst, welche einfach "den Wald vor lauter Bäumen" nicht erkennen.

(3) Eine gute Paraphrasierung kann außerdem demonstrieren, daß du, wie C. Rogers es nennt, ein "passendes Einfühlungsvermögen" besitzt. Passendes Einfühlungsvermögen ist eine nicht-wertende Wiedergabe des Standpunkts des Gesprächspartners; es ist "die Welt mit den Augen des anderen zu sehen".

Es ist wichtig, eine Paraphrasierung kurz zu halten. Sie sollte fast immer kürzer sein, als die ursprünglichen Aussagen des/der Betreffenden. Gestalte die Paraphrasierung unverbindlich, so daß dein Gegenüber, falls sie nicht korrekt ist, keine Hemmung hat, sie zu verbessern: Es ist für dich ausgesprochen wichtig zu wissen, wann du etwas falsch verstanden hast. Du

könntest Deine Paraphrasierung auch mit der Frage "Stimmt das?" oder etwas Ähnlichem beenden. Paßt auf, keinesfalls mit "nicht wahr?" oder "oder?" zu enden, denn sie verwandeln die Paraphrasierung in eine "geschlossene" Frage. Für gewöhnlich beginnst du eine Umschreibung mit "Mit anderen Worten...", "du sagst praktisch...", "Ich habe dich so verstanden, daß...". JedeR von Euch wird noch andere einleitende Sätze finden, die ihm/ihr mehr gelegen sind.

Eine besondere Schwierigkeit der Paraphrasierung ist, daß, falls sie genau das nachplappert, was gesagt wurde, sie keinesfalls hilfreich ist, sondern im Gegenteil verwirrend wirkt - andererseits kann sie dem/der GesprächspartnerIn leicht Worte in den Mund legen, die nicht gesagt wurden. Dies geschieht, wenn du über zuviel eigene Eindrücke verfügst. Das erstgenannte nennt man schlicht Wiederholung, das zweite ist eine Interpretation.

2. Bitte drei Gruppenmitglieder, das oben Gesagte zu paraphrasieren. Welche Ähnlichkeiten und Unterschiede sind zu erkennen? (15 Minuten).

3. Was verstehen wir unter der Technik des "fairen Kämpfens"? Wie kann man Paraphrasierungen im Rahmen von "fairen Kämpfen" einsetzen? Beispiele (10 Minuten).

4. Hot Seat:

Übe schlechtes Paraphrasieren. Feedback der Gruppe.

Benütze Paraphrasieren in einem Streit. Feedback der Gruppe.

Kommentiere, inwiefern andere bis dato erlernte Techniken angewandt wurden. (30 Minuten).

5. Zweiergruppen (25 + 5 Minuten. 15 Minuten Pause, dann Tausch. 75 Minuten insg.).

6. Gruppendiskussion: Erfahrungen mit den 25-minütigen Übungen; Erfahrungen bis zu diesem Punkt im ganzen; Probleme, was hat man gelernt, sollen mehr "hot seats" durchgeführt werden?

7. Meditation: JedeR stellt sich ein "großartiges" Counseling vor. Austausch von Gedanken und Gefühlen.

F. (6. Sitzung) Gefühle spiegeln.

1. (Gruppendiskussion) Wo liegen hier Schwierigkeiten? (Sind die Gefühle zu privat, zu stark oder zu peinlich, um sie direkt zu behandeln; das Gesagte und die non-verbale Ausdrucksweise passen nicht zusammen; kulturelle Bedingungen?)

2. Der Gebrauch von Gefühlsspiegelungen (Sage, daß du siehst, was vorgeht und daß es O.K. ist; lasse "eigene" Gefühle zu; Überprüfung) (15 Minuten).

3. Da das Sprechen über Gefühle eine sehr begrenzte Erfahrung ist, kann es sein, daß auch unser dazu gehörendes Vokabular nur begrenzt ist. Sprecht über Euer Wohlbefinden oder Unbehagen beim Diskutieren über Gefühle. (15 Minuten).

4. Was müssen wir beim Spiegeln von Gefühlen beachten? (5 Minuten).

Verbale und non-verbale Kommunikation.

Sei sensibel genug, den richtigen Zeitpunkt zur Reflexion/Spiegelung zu finden.

Wie stellt man Fragen über Gefühle?

Wie kann man spiegeln/reflektieren, ohne zu interpretieren?

5. Gibt es Unterschiede zwischen der Spiegelung von Gefühlen und dem Paraphrasieren? Der/die TrainerIn macht eine expressive Aussage. Eine Person soll die Aussage

paraphrasieren, eine andere soll sie spiegeln/die gefühle hervorheben. (5 Minuten).

6. Hot seat (30 Minuten).

Schlechte Zeitpunkte, zu wenig Spiegelungen; Interpretationen.

Die richtige Art und Weise.

7. Zweiergruppen (25 + 5 + 15 Minuten Pause, dann Wechsel: 75 Minuten).

8. Zusammenfassung durch die Gruppe. (30 Minuten).

G. (7. Sitzung) Übung der Techniken.

1. Schrittweise Wiederholung der Techniken des Zuhörens, des aufmerksamen Verhaltens, der offenen Einladung zum Gespräch, Paraphrasierung und Spiegeln von Gefühlen: Je ein Gruppenmitglied erklärt einen dieser Bereiche; Rollenspiele. (140 Minuten insg.).

Zweiergruppen (30 + 10 + 15 Minuten Pause - tauschen = 95 Minuten).

2. Wiederholung der ausgeteilten Materialien "Der Prozess des Counselings", Gesprächsführungstechniken, "Einschätzung des Peer Counselors" durch die Gruppe - siehe Teil II Seite 60 (40 Minuten).

H. (8. und 9. Sitzung) Spezielle Themen im Counseling

1. Macht und Abhängigkeit: Wer hat Macht? Was ist Macht? Warum ist dies ein Thema? Zuerst gibt der/die TrainerIn Beispiele, dann die Gruppenmitglieder. (15 Minuten).

2. Selbstschutz: Wie kann ich auf mich selbst achten und einen "burn-out" vermeiden? Wodurch entsteht ein "burn-out"? s. Teil II Seite 57 (15 Minuten).

3. Andere Themen auf Vorschlag der Gruppe. (nach Bedarf).

4. Wie sieht unser "schwierigster Fall" aus? Wie kann man erkennen, in welchen Fällen andere, zusätzliche Hilfen in Anspruch genommen werden müssen? (60 Minuten).

Zweiergruppen (30 Minuten Übung + 5 Minuten Feedback, dann wechseln = 70 Minuten).

5. Falls noch Zeit übrig ist, können weitere Übungen durchgeführt werden.

I. (10. Sitzung) Spezielle Themen.

1. Selbstmord / Depression (s. Teil II S. 50 ff)

Welche Gefühle rufen diese Worte hervor? (schnelle Assoziationen - möglichst nur ein Wort).

Warum reden wir hier darüber? (kurz)

Eigene Gefühle: moralische / religiöse. (10 Minuten).

Eigene Erfahrungen, Selbstmordgedanken. (30 Minuten).

Wieviel wissen wir über dieses Thema? (30 Minuten).

Gefährlichkeitsstufen: Anzeichen / Signale (20 Minuten).

- Pause -

Counseling "do's" und "don't's" - Techniken ("Tu dies und nicht das"). Der Vertrag (30 Minuten).

Hot seat (20 Minuten).

Weiteres Üben durch Zweiergruppen (10 + 5 + Wechseln = 30 Minuten).

Während dieser Sitzung ist oft ein/e ReferentIn von der "suicide prevention" dabei.

Andere ReferentInnen könnten zum Thema Krisenintervention sprechen.

J. (11. und 12. Sitzung) Peer Counseling mit BeobachterInnen

Erfahrene Peer Counselors werden eingeladen, um die Gruppe zu beobachten und den Gruppenmitgliedern Feedback zu geben. Der Fragebogen zur Beratungseinschätzung kann

hierfür genutzt werden.

Wir schlagen folgenden Zeitplan für diese Sitzungen vor:

Eintreffen, Vorstellung, letzte Instruktionen (20 Minuten).

Zweiergruppen (45 + 20 Minuten Feedback, 20 Minuten Pause, danach Wechsel. = 150 Minuten).

K. (13. Sitzung) Bewertung des Trainings / Abschluß

1. JedeR, TrainerIn eingeschlossen, gibt seine Beurteilung des Trainings sowie des bzw. der TrainerIn ab. Hier können Verbesserungsvorschläge gemacht werden. Auch sollte jedeR eine Beurteilung über seine neugewonnenen Erfahrungen machen, welche Ängste noch immer bestehen, und ein Feedback den anderen Gruppenmitgliedern geben, die bei den Zweiergruppen dabei waren. (Wiederhole die ILRC-SF Veränderungs - Skala, s. Teil II Seite 58)

2. Schlußfeier und ggf. Ausstellung der Zertifikate. Auf eine erfolgreiche Peer Counselor-Zukunft ...

Übersetzung: Martin Hohmann / Matthias Rösch

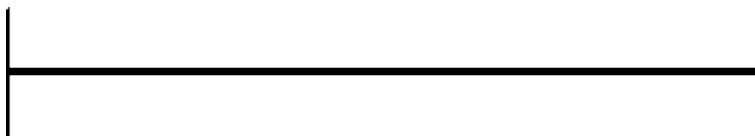
© Independent Living Resource Center, San Francisco (USA), 70 Tenth Street, San Francisco, CA. 94103.

Anhang B

1. Gestaltung der Beziehung

- gewährleistet angenehme, sichere Rahmenbedingungen
- zeigt warmes, sorgendes Interesse
- fördert Selbstwert, Nicht-wertend
- bestärkt die Probleme des Ratsuchenden als bedeutsam

Trifft zu / Trifft nicht zu



2. Angemessen, offen gestellte Fragen

- gutes timing, natürlicher Fluß
- minimale Unterbrechungen
- vermeidet ja-nein Fragen
- angemessener Einsatz von geschlossenen Fragen
- vermeidet unbegründete Vermutungen
- vermeidet suggestive Fragen

Trifft zu / Trifft nicht zu

3. Gefühle / Empfindungen

- reflektiert, bestätigen, unterstützen, erlaubt ausdrücken von Gefühlen, nimmt Anzeichen auf, geht Gefühlen und Empfindungsbemerkungen nach
- verneint oder umgeht Gefühlsäußerungen nicht

Trifft zu / Trifft nicht zu

4. Körpersprache

- Anwendung von Zuhörer-Gesten, nicken, sich nach vorn lehnen, etc.
- vermeidet abweisende Körpersprache
- erlaubt Schweigen, erlaubt Pausen
- vermeidet Unterbrechungen
- Klang der Stimme

Trifft zu / Trifft nicht zu

5. Problemanalyse

- assistiert dem/der Ratsuchenden auf die Probleme zu kommen und sie näher zu betrachten
- entwickelt Vorgehensweise mit dem/der Ratsuchenden
- erkunden von Alternativen

Trifft zu / Trifft nicht zu

6. Zusammenfassen / Paraphrasieren

- angepaßt
- klärend

Trifft zu / Trifft nicht zu

A horizontal line with short vertical bars at each end, serving as a scale or separator.

7. Hilfen (falls gebraucht)

- vermeidet Problemlösen
- angemessene Nutzung der Fähigkeiten
- zeigt Alternativen auf

Trifft zu / Trifft nicht zu

A horizontal line with short vertical bars at each end, serving as a scale or separator.

Anhang C.

	Eigenschaftswörterliste (EWL-K)						Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)							AGAS			
	L A	AD	E/I	AW	EG	A	FSA P	FSV E	FSS W	FSE G	FSK U	FSI A	FSG A	B	HU	SO	BO
LA		.347 1	.402 4	.739 9	.515 0	.195 5	.479 5	.006 9	.1933	-.194 9	-.064 9	.387 4	.321 0	-.224 2	-.492 1	.296 2	-.333 6
AD			.286 6	.595 0	.533 2	.711 4	-.550 5	-.791 0	-.8138	-.451 2	-.575 4	.778 2	-.256 9	.732 4	-.515 1	.469 5	-.475 2
E/I			.071 2	.368 4	.338 1	-.360 9	-.483 0	-.4633	-.944 8*	-.835 3	-.086 5	-.677 7	-.726 8	-.000 0	.323 8	-.603 0	
AW				.037 7	-.216 6	.894 9*	.540 4	.6938	.317 3	-.379 7	.800 9	.570 9	.317 3	-.444 4	.180 0	.300 5	
EG					.907 7*	-.156 8	-.774 4	-.623	.332 3	-.460 1	.529 7	.224 1	-.801 8	-.609 0	.426 5	-.811 7	
A						-.427 0	-.915 6*	-.8245	.313 3	-.639 1	.716 8	.014 3	-.878 3	-.639 3	.215 0	-.847 3	
FSA P							-.7285	.8469	.494 0	.687 6	.800 4	.716 0	.572 7	-.149 0	.307 5	.612 1	
FSV E								.7969 **	.541 6	.782 8	.866 0	.315 7	.932 8*	.335 5	-.146 8	.905 1*	
FSS W									.558 7	.799 7	.904 5*	.456 5	.880 5	.188 5	-.060 3	.838 2	
FSE G										.796 7	.264 2	.730 6	.725 4	-.244 3	-.421 3	.569 7	
FSK U											.471 8	.725 1	.886 1*	.216 4	-.067 8	.768 9	
FSI A												.212 6	.641 6	.070 1	.004 0	.665 4	
FSG A													.385 8	-.401 8	.169 8	.281 0	
B														.357 7	-.327 2	.898 4*	

HU																	.163	.461
SO																		-
																		.027
																		9

Literatur:

Alberts, G. & Edelstein, B. (1990). Therapist training: A critical review of skill training studies. *Clinical Psychology Review*, 10, 497-511.

Autonomes Behindertenreferat AStA Uni Mainz & Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (1994), *Peer Counseling - Reader*, zweite, erweiterte Aufl., Eigendruck AStA Uni Mainz.

Bastine, R. (1992). Differentielle Psychotherapie in der Entwicklung - einige Bemerkungen zu dem Artikel von Klaus Grawe. *Psychologische Rundschau*, 43, 171-173.

Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben Behinderter (bifos) (1995). Curriculum für die Weiterbildung für behinderte Menschen in "Peer Counseling". Kassel (unveröffentlicht).

Bolles, R. D. (1994). Empowerment (Befähigung). In: *Autonomes Behindertenreferat AStA Uni Mainz & Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland*, *Peer Counseling - Reader*, zweite, erweiterte Aufl., Eigendruck AStA Uni Mainz.

Bortz, J. (1983). *Lehrbuch der empirischen Forschung für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

Bruckner, V. & Bruckner, B. (1994). *Peer Counseling - Wie es von Menschen mit Behinderungen zur fortschreitenden Selbstbestimmung angewandt werden kann*. In: *Autonomes Behindertenreferat AStA Uni Mainz & Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland*, *Peer Counseling - Reader*, zweite, erweiterte Aufl., Eigendruck AStA Uni Mainz.

Buijk, C. A. (1986). *AGAS - Allgemeine Behindertenverhaltenskala*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

D'Andrea, V. & Salovey, P. (1983). *Peer Counseling*. Palo Alto: Science and Behavior Books.

Davison, G. C. & Neale J. M. (1988). *Klinische Psychologie*. München: PVU.

DeJong, G. (1982). *Independent Living: Eine soziale Bewegung verändert das Bewußtsein*. In *Vereinigung Integrationsförderung (Hrsg.), Behindernde Hilfe oder Selbstbestimmung der Behinderten*. München: VIF e.V.

Deusinger, I. M. (1986). *Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN)*. Göttingen: Hogre

fe. Errek, H. K. & Randolph, D. L. (1982). Effects of discussion and role-play activities in the acquisition of consultant interview skills. *Journal of Counseling Psychology*, 29 (3), 304-308.

Frehe, H. (1988). Positionspapier. In: *Interessengemeinschaft behinderte und nichtbehinderte Studenten Berlin (Hrsg.), In den USA alles besser !? - Tagung 88*, Eigendruck der IbS Berlin.

Frieden, L. (1983). Understanding Alternative Program Models. In: N. M. Crewe & I. K. Zola (Eds.), *Independent Living for physically disabled people*, San Francisco: Jesse-Bass.
Grawe, K. (1992 a). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.

Grawe, K. (1992 b). Konfrontation, Abwehr und Verständigung: Notwendige Schritte im Erkenntnisprozeß der Psychotherapieforschung. *Psychologische Rundschau*, 43, 174-178.

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.

Hazelzet, A. M. & Folkersma, H. J. (1993). *Samenvating Rapport Onderzoek Peercounseling*. Scheveningen: Wierda, Overmars & Partners (Unveröffentlichter Bericht)

Hector, M. A., Davis, K. L., Denton, E. A., Hayes, T. W. & Hector, J. H. (1979). Teaching counselor trainees how to respond consistently to client negative affect. *Journal of Counseling Psychology*, 26 (2), 146-151.

Hellhammer, D. (1992). Wie wissenschaftlich ist Psychotherapieforschung?. *Psychologische Rundschau*, 43, 168-170.

Helm, J. (1978). *Gesprächspsychotherapie*. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.

Hill, C. E., Charles, D. & Reed, K. G. (1981). A longitudinal analysis of changes in counseling skills during doctoral training in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 28 (5), 428-436.

Hoffmann, S. O. (1992). Bewunderung, etwas Scham und verbliebenen Zweifel. Anmerkungen zu Klaus Grawes "Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre". *Psychologische Rundschau*, 43, 163-167.

Hosford, R. E. & Johnson, M. E. (1983). A comparison of self-observation, self-modeling, and practice without video feedback for improving counselor interviewing behavior. *Counselor Education and Supervision*, 23, 62-70.

Independent Living Resource Center, San Francisco (1994). *Peer Counseling Training Programm*. In: *Autonomes Behindertenreferat AStA Uni Mainz & Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland, Peer Counseling - Reader, zweite, erweiterte Aufl.*, Eigendruck AStA Uni Mainz.

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland (1990). *Satzung des Vereins*. Amtsgericht Erlangen.

Janke, W. & Debus, G. (1983). *Eigenschaftswörterliste (EWL-K-1983)*. Würzburg.

Kurpius, D. J., Froehle, T. C. & Robinson, S. E. (1980). The effects of single and multiple models when teaching counseling interviewing behaviors. *Counselor Education and Supervision*, 20, 29-36.

Ladenberger, H. (1989). *Die Auswirkung einer jüngst erlebten Querschnittlähmung auf das Bild von Behinderung*. Diplomarbeit Universität zu Köln.

Lange, J. (1993). Wie offen sind unsere Hochschulen für Behinderte? In: Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft (Hrsg.), *Studieren mit Behinderungen*. Bad Honnef: Bock.

Laurie, C. (1982). *Independent Living*. In: *Vereinigung Integrationsförderung (Hrsg.)*, *Behindernde Hilfe oder Selbstbestimmung der Behinderten*. München: VIF e.V.

Miles-Paul, O. (1994). Das Disabled Students Program der University of California in Berkeley - Studieren ohne Behinderungen. In: Interessengemeinschaft behinderter Studierender & autonomes Behindertenreferat des AStA der Johannes Gutenberg-Universität Mainz (Hrsg.), Persönliche Assistenz - Basis für das Studium. Eigendruck AStA Uni Mainz.
Miles-Paul, O. (1992). Wir sind nicht mehr aufzuhalten. München: AG-SPAK-Bücher.

Minsel, W.-R. (1974). Praxis der Gesprächspsychotherapie. Graz: Böhlau.
Österwitz, I. (1988). Independent-Living-Bewegung. Behindertenpädagogik, 3, 295-304.

Ratzka, A. (1988). Aufstand der Betreuten. In: A. Mayer & J. Rütter (Hrsg.), Abschied vom Heim. München: AG-SPAK-Bücher.

Reinarz, T. & Ochel, F. (1992). "Selbstbestimmtes Leben" für Menschen mit Behinderung. Unveröffentlichte Expertise im Auftrag des Fachbereichs Sonderziehung und Rehabilitation, sonderpädagogische Soziologie der Universität Dortmund.

Reinarz, T. (1995). ISL-Weiterbildung zum "Peer Counselor" als Beitrag zur Förderung der SL-Bewegung. Die randschau - Zeitschrift für Behindertenpolitik, 1, 25-26.

Robinson, S. E., Kurpius, D. J. & Froehle, T. C. (1981). A two-study comparison of written and video modeling and of written and oral assessment. Counselor Education and Supervision, 21, 45-56.

Rogers, C. R. (1951). Client-Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin.

Rösch, M. (1992). Rechtliche Möglichkeiten zur Durchsetzung von Chancengleichheit für behinderte Menschen. In: Rösch, H.-E. & Yaldai, S. (Hrsg.), Behinderte Studierende an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Düsseldorfer Sportwissenschaftliche Studien.

Rösch, M. (1994). Vorbemerkung zur zweiten, erweiterten Auflage; Einleitung. In: Autonomes Behindertenreferat AStA Uni Mainz & Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland, Peer Counseling - Reader, zweite, erweiterte Aufl., Eigendruck AStA Uni Mainz.

Rösch, M. (1995). "hm...hm...ja...hm" - Peer Counseling und Psychotherapie. Die randschau - Zeitschrift für Behindertenpolitik, 2, (in Druck).

Sandfort, L. (1986). Behindertenbewegung. In: Interessengemeinschaft behinderte und nichtbehinderte Studenten Berlin (Hrsg.), Zukünftige Orientierungen - Fragen und Forderungen - ZOFF '86, Eigendruck der IbS Berlin.

Sandfort, L. (1993). Esmeralda, ich liebe dich nicht mehr - Behinderte emanzipieren sich. Frankfurt/Main: Haag + Herchen.

Saxton, M. (1983). Peer Counseling. In: N. M. Crewe & I. K. Zola (Eds.), Independent Living for physically disabled people, San Francisco: Jessey-Bass.

Scheurs, P. J. G., Willige, G. van de, Tellegen, B. & Brosschot, J. F. (1993). De Utrechtse Coping Lijst (UCL), Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Schild, H. (1975). Empirische Befunde zum Einfluß von Psychotherapeutenmerkmalen auf den gesprächstherapeutischen Prozeß. In: Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (Hrsg.), Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/Main: Fischer.

Selbstbestimmt Leben Konkret (1994). Forum behinderter BeraterInnen gegründet. Ausgabe 2/94.

Sierck, U. (1988). Autonom Leben - Erfahrungen einer Reise in die USA.
Behindertenpädagogik, 3, 304-308.

SPIEGEL (1994). Gaukler oder Heiler - Was kann Psychotherapie? Ausgabe 30/94.

Tausch, R. & Tausch, A.-M. (1990). Gesprächs-Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Tausch, R. (1970). Gesprächspsychotherapie, 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Tausch, R. (1974). Gesprächspsychotherapie, 5. ergänzte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Tempelmann, C. J. J. (1979). Welbevinden bij ouderen, konstruktie van een meetinstrument,
Rijksuniversiteit te Groningen.

Thompson, A. P. (1986). Changes in counseling skills during graduate and undergraduate
study. Journal of Counseling Psychology, 33 (1), 65-72.

Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). Toward effective counseling and psychotherapy:
Training and practice. Chicago:

Vereinigung Integrationsförderung (Hrsg.) (1982). Behindernde Hilfe oder Selbstbestimmung
der Behinderten. München: VIF e.V.

Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen, Mainz, (1994).

Projektbeschreibung der Beratungsstelle. Mainz (unveröffentlicht).

Zoubek, W. (1992). Autonomes Tutorium zu Peer Counseling. Unveröffentlichter Bericht,
Pädagogisches Institut der Universität Mainz.