

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Direktor: Prof. Dr. med. H. J. Grabe)
der Universitätsmedizin der Universität Greifswald

Thema: Die Wirkung des therapeutischen Milieus auf die Selbststigmatisierung von
Patienten einer psychiatrischen Klinik

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin
(Dr. med.)

der

Universitätsmedizin

der

Universität Greifswald

2019

vorgelegt von:
Agnete Granitzka

geb. am 23.03.1992
in Stralsund

Dekan: Prof. Dr. med. Karlhans Endlich

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Georg Schomerus

2. Gutachter: Prof. Dr. med. Steffi Riedel-Heller

Ort, Raum: Greifswald, Ellernholzstraße 1-2, Hörsaal

Tag der Disputation: 26.08.2019

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	iv
Tabellenverzeichnis.....	v
Abkürzungsverzeichnis.....	vi
1 Einleitung.....	1
1.1 Was ist Stigmatisierung?.....	1
1.1.1 Öffentliche Stigmatisierung: individuell und strukturell.....	2
1.1.2 Selbststigmatisierung.....	4
1.2 Theorie der sozialen Identität.....	6
1.3 Hypothesenmodell.....	8
1.4 Zielsetzung der Arbeit.....	10
2 Material und Methoden.....	12
2.1 Studiendesign.....	12
2.2 Patientenstichprobe.....	12
2.3 Ethik.....	13
2.4 Instrumente.....	13
2.4.1 Identifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken.....	13
2.4.2 Eigene stigmatisierende Haltungen und Selbststigmatisierung.....	14
2.4.2.1 Self Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS).....	14
2.4.2.2 Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI).....	15
2.4.2.3 Soziale Distanz-Skala.....	16
2.4.3 Andere Instrumente.....	16
3 Auswertung.....	18
3.1 Stichprobencharakteristik.....	18
3.2 Interne Konsistenz der Instrumente.....	20
3.3 Überprüfung der ersten Hypothese.....	21
3.4 Überprüfung der zweiten Hypothese.....	23
3.5 Überprüfung der dritten Hypothese.....	25

3.6	Überprüfung der vierten Hypothese.....	26
3.7	Weitere Ergebnisse.....	30
4	Diskussion.....	33
4.1	Validierung des Modells.....	33
4.2	Interpretation der Ergebnisse.....	34
4.2.1	Erste Hypothese: Assoziation von eigenem Stigma und Selbststigma, Assoziation von Gruppenidentifikation und Selbststigmatisierung.....	35
4.2.2	Zweite Hypothese: Assoziation von eigenen stigmatisierenden Haltungen und Gruppenidentifikation.....	37
4.2.3	Dritte Hypothese: Abnahme der Gruppenidentifikation.....	37
4.2.4	Vierte Hypothese: Assoziation von Gruppenidentifikation und eigenem Stigma, Zunahme des eigenen Stigmas, Indifferenz der Selbststigmatisierung, Korrelation der Veränderung von eigenem Stigma und Selbststigma.....	38
4.3	Übertragung auf den Gesamtzusammenhang.....	41
4.4	Limitationen.....	46
5	Zusammenfassung.....	50
6	Ausblick.....	52
7	Literaturverzeichnis.....	53
8	Anhang.....	62
8.1	Ausführungen zu Regressionsdiagnostik und zur Durchführung von robusten Regressionen – erste Hypothese.....	78
8.1.1	Multiple lineare Regression, Zusammenhang von SSMI2 und SSMI3, kontrolliert für soziodemographische Variablen:.....	78
8.1.2	Multiple lineare Regression, Zusammenhang von SSMI2 und ISMI, kontrolliert für soziodemographische Variablen:.....	78
8.1.3	Multiple lineare Regression, Zusammenhang von sozialer Distanz-Skala und SSMI3, kontrolliert für soziodemographische Variablen:.....	78
8.1.4	Multiple lineare Regression, Zusammenhang von sozialer Distanz-Skala und ISMI, kontrolliert für soziodemographische Variablen:.....	79
8.1.5	Multiple lineare Regression, Zusammenhang der Gruppenidentifikationsitems mit dem SSMI3:.....	80

8.1.6	Multiple lineare Regression, Zusammenhang der Gruppenidentifikationsitems mit dem ISMI:	80
8.2	Ausführungen zu Regressionsdiagnostik und zur Durchführung von robusten Regressionen – zweite Hypothese	80
8.2.1	Multiple lineare Regression, Zusammenhang der sozialen Distanz-Skala mit der Gruppenidentifikation:.....	80
8.2.2	Multiple lineare Regression, Zusammenhang des SSMI2 mit der Gruppenidentifikation:.....	81
8.2.3	Multiple lineare Regression, Zusammenhang der sozialen Distanz-Skala mit der Gruppenidentifikation, kontrolliert für potentiell die Selbstidentifikation beeinflussende Variablen:	82
8.2.4	Multiple lineare Regression, Zusammenhang von SSMI2 mit der Gruppenidentifikation, mit potentiell die Gruppenidentifikation beeinflussenden Variablen:	82
8.3	Ausführungen zu Regressionsdiagnostik und zur Durchführung von robusten Regressionen – vierte Hypothese	83
8.3.1	Multiple lineare Regression, negative Assoziation von Gruppenidentifikation und SSMI2:	83
8.3.2	Multiple lineare Regression, negative Assoziation von Gruppenidentifikation und sozialer Distanz-Skala:	83
8.3.3	Shapiro-Wilk-Test zum Testen auf Normalverteilung der Größen:.....	84
	Eidesstattliche Erklärung	85
	Lebenslauf.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
	Danksagung	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Prozess der Selbststigmatisierung nach Corrigan, Watson, Barr, 2006. ...	4
Abbildung 2: Das Paradoxon von Selbststigmatisierung und psychischer Krankheit nach Corrigan & Watson	5
Abbildung 3: Theoretisches Modell: Der Prozess der Selbststigmatisierung unter Einbezug der Theorie der sozialen Identität.	8
Abbildung 4: Theoretisches Modell: Der Prozess der Entstigmatisierung während des Aufenthaltes in einer psychiatrischen Klinik unter Einbezug der Theorie der sozialen Identität.	10
Abbildung 5: Ausschnitt aus dem Fragebogen auf Grundlage des hierarchischen Mehrkomponentenmodells der In-Group-Identifikation nach Leach et al.....	13
Abbildung 6: Ausschnitt aus dem Fragebogen zur sozialen Distanz nach Angermeyer & Matschinger.....	16
Abbildung 7: Ausschnitt aus dem Internalized Stigma of Mental Illness Inventory nach Boyd Ritsher et al.	15
Abbildung 8: Altersverteilung innerhalb der Stichprobe.....	18
Abbildung 9: Übersicht über signifikante und nicht signifikante Zusammenhänge.	34
Abbildung 10: Übersicht über signifikante und nicht signifikante Zusammenhänge zwischen dem 2. Teil des SSMI und anderen Größen.	42
Abbildung 11: Übersicht über signifikante und nicht signifikante Zusammenhänge zwischen der sozialen Distanz und anderen Größen.	42
Abbildung 12: Das Paradoxon von Selbststigmatisierung und psychischer Krankheit nach Corrigan & Watson	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Werte für Cronbachs Alpha für die Subskalen des Modells der In-Group-Identifikation nach Leach et al. im Vergleich mit zwei anderen Studien	20
Tabelle 2: Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen zum Beitrag der eigenen stigmatisierenden Haltungen auf Ausprägung der Selbststigmatisierung.....	22
Tabelle 3: Ergebnisse der robusten Regressionen zum Zusammenhang zwischen Gruppenidentifikationsitems nach Leach et al. und Selbststigmatisierung	23
Tabelle 4: Ergebnisse der linearen Regressionen zum Zusammenhang der eigenen stigmatisierenden Haltungen mit den Gruppenidentifikationsitems nach Leach et al.	24
Tabelle 5: T-Test für verbundene Stichproben zur Veränderung der Gruppenidentifikation zwischen dem ersten und dem zweiten Befragungszeitpunkt.....	26
Tabelle 6: Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen zum Zusammenhang zwischen Gruppenidentifikationsitems nach Leach et al. und eigenen stigmatisierenden Haltungen ...	27
Tabelle 7: T-Test für verbundene Stichproben zur Veränderung der eigenen stigmatisierenden Haltungen zwischen dem ersten und dem zweiten Befragungszeitpunkt.....	28
Tabelle 8: T-Test für verbundene Stichproben zur Veränderung der Selbststigmatisierung zwischen dem ersten und dem zweiten Befragungszeitpunkt.	29
Tabelle 9: Ergebnisse der Korrelationstests nach Spearman zwischen Instrumenten für eigene stigmatisierende Haltungen und Selbststigmatisierung.....	30
Tabelle 10: Ergebnisse der linearen Regressionen zum Beitrag von Rauchverhalten und Bezug eines Einzelzimmers auf die Ausprägung der Identifikation mit der Gruppe zum zweiten Befragungszeitpunkt.....	31
Tabelle 11: Ergebnisse der linearen Regressionen zum Beitrag von Rauchverhalten und Bezug eines Einzelzimmers auf die Ausprägung der eigenen stigmatisierenden Haltungen zum zweiten Befragungszeitpunkt.....	32
Tabelle 12: Ergebnisse der robusten Regressionen zum Zusammenhang der eigenen stigmatisierenden Haltungen mit dem SSMI3	79
Tabelle 13: Ergebnisse der robusten Regressionen zum Zusammenhang zwischen eigenen stigmatisierenden Haltungen und den Gruppenidentifikationsitems	81
Tabelle 14: Ergebnisse der robusten Regression zum Zusammenhang der Gruppenidentifikationsitems und der eigenen Stereotype.....	83
Tabelle 15: Shapiro-Wilk-Test für normalverteilte Daten	84

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
BSI-18	Brief Symptom Inventory
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
Coef.	Regressionskoeffizient
et al.	et alii
etc.	et cetera
GI	Gruppenidentifikation
GSI	Global Severity Index
ISMI	Internalized Stigma of Mental Illness Inventory
S.	Seite
sig.	signifikant ($p < 0,05$)
s.o.	siehe oben
soz. Distanz	soziale Distanz-Skala
SSMI1	erster Teil der Self-Stigma of Mental Illness Scale („stereotype awareness“)
SSMI2	zweiter Teil der Self-Stigma of Mental Illness Scale („agreement“)
SSMI3	dritter Teil der Self-Stigma of Mental Illness Scale („application“)
SSMI4	vierter Teil der Self-Stigma of Mental Illness Scale („harm to self-esteem“)
SSMIS	Self-Stigma of Mental Illness Scale
s.u.	siehe unten
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel

1 Einleitung

„Willkommen bei den Kloppis in der Ballerburg.“ – so spricht J.O., Patientin in einer psychiatrischen Tagesklinik im Jahre 2017. Ist das Maß an Selbstironie in dieser Aussage auch bewundernswert, so klar erkennbar wird daran das Problem, mit welchem psychiatrische Einrichtungen bis heute kämpfen. Eine einfache Suche in einem Synonymwörterbuch ergibt für „psychiatrische Klinik“ zehn Synonyme, davon sind sechs abwertende Begriffe wie Narrenhaus, Tollhaus, Irrenanstalt, Irrenhaus, Klappe oder Klapsmühle. Einige dieser Begriffe sind historisch gewachsen und spiegeln die tatsächlichen Haltungen gegenüber psychisch Kranken in früheren Zeiten wider, ebenso wie das schon lange dauernde Bemühen, entstigmatisierende Begriffe für eine mit Stigma behaftete Einrichtung zu finden (vgl. dazu Carius, Angermeyer & Steinberg, 2003). Dass sich diese negativ konnotierten Bezeichnungen zum Teil bis heute im Sprachgebrauch halten, ist jedoch ein Indiz dafür, dass die psychiatrische Klinik als Begriff noch immer immens mit Stigma aufgeladen ist.

Die Entscheidung, sich auf einer psychiatrischen Station in Therapie zu begeben, ist auch wegen dieser Begrifflichkeiten für viele Patienten noch immer nicht trivial. Hinzu kommt, dass gegenüber als psychisch krank diagnostizierten Menschen heftige Vorurteile bestehen, welche den Betroffenen einfacher zugeschrieben werden können, sobald sie sich in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung begeben und somit als „psychisch krank“ etikettiert werden. Zwar scheint die Angst vor öffentlicher Stigmatisierung laut einer aktuellen Metaanalyse von Schnyder et al. nicht mit einer Verzögerung der Inanspruchnahme von Hilfe einherzugehen, jedoch beeinflussen die eigenen stigmatisierenden Einstellungen der Patienten nachweislich negativ ihre Inanspruchnahme von Hilfen. Patienten zögern den Schritt der Klinikeinweisung länger hinaus, je stärker ihre eigenen stigmatisierenden Haltungen gegenüber psychisch Kranken ausgeprägt sind (Schnyder, Panczak, Groth, & Schultze-Lutter, 2017).

1.1 Was ist Stigmatisierung?

Stigmatisierung wird nach Bruce G. Link und Jo C. Phelan als das gemeinsame Auftreten von folgenden einzelnen Komponenten definiert: Zunächst erfolgt die Feststellung von Unterschieden zwischen einer Person und anderen Menschen und die Etikettierung („Labeling“) dieser Unterschiede mit einer Diagnose oder einem Begriff (z.B. „psychisch krank“). Der Person werden negative Stereotype zugeschrieben, die in der Gesellschaft über diese Form der Abweichung von der Norm bestehen. Einmal so eingeordnet, wird der Betroffene von der Gesell-

schaft abgegrenzt, erleidet den Verlust seines sozialen Status und wird schlussendlich diskriminiert. Damit Stigmatisierung als solche bezeichnet werden kann, muss ein Machtgefälle von den Stigmatisierenden zu dem Stigmatisierten bestehen (Link & Phelan, 2001).

Dass Stigmatisierung Menschen mit einer psychischen Erkrankung in vielfältiger Weise beeinträchtigt, ist hinlänglich bekannt. Die Betroffenen leiden nicht nur unter ihrer psychiatrischen Erkrankung, zusätzlich lastet das Stigma der Erkrankung auf ihnen und wird daher auch als „zweite Krankheit“ bezeichnet (Finzen, 1996). Man unterscheidet dabei zwei verschiedene Ebenen von Stigmatisierung: öffentliche Stigmatisierung in Form von individueller und struktureller Diskriminierung sowie Diskriminierung aufgrund von Selbststigmatisierung.

1.1.1 Öffentliche Stigmatisierung: individuell und strukturell

Individuelle Diskriminierung zeigt sich dabei an persönlichen Stigmatisierungserfahrungen in der Interaktion mit anderen Menschen. Die Betroffenen erleben die größere soziale Distanz und den Statusverlust beispielsweise dadurch, dass in ihrer Anwesenheit abfällig über andere psychisch Kranke gesprochen wird, der Kontakt mit ihnen gemieden wird oder auch dadurch, dass ihnen aufgrund ihrer psychischen Erkrankung eine Arbeitsstelle verwehrt oder das Mieten einer Wohnung erschwert wird (vgl. u.a. Corrigan, 1998; Holzinger, Beck, Munk, Weithaas, & Angermeyer, 2003).

In der psychiatrischen Klinik kann sich individuelle Diskriminierung darin äußern, dass die Betroffenen durch andere Patienten oder durch Angehörige und Außenstehende, die von dem Klinikaufenthalt erfahren, diskriminiert und gemieden werden. Diskriminierung geschieht aber auch durch Ärzte und andere Professionelle (Sartorius, 2002).

Auch die Angehörigen erleben durch die Stigmatisierung des Patienten eine erhebliche Belastung; sie leiden häufig mit dem Patienten mit, indem sie dessen Stigmatisierung erleben. Zudem sind auch die Angehörigen Ziel öffentlicher Stigmatisierung: Familien von psychisch Kranken werden gemieden, den Eltern von Erkrankten wird oftmals die Schuld an der Erkrankung ihres Kindes zugeschrieben (Corrigan, Watson, & Miller, 2006).

Strukturelle Diskriminierung von psychisch Kranken geht von öffentlichen oder privaten Institutionen in Machtpositionen aus und offenbart sich in gesetzlichen Regelungen, Prozeduren und Praktiken, die die Rechte der Betroffenen einschränken (Rüsch, Angermeyer, & Corrigan, 2005). Sie äußert sich beispielweise in der Benachteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gegenüber Menschen mit somatischen Erkrankungen bezüglich der Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem. Obwohl es dazu momentan erst wenige Untersuchungen gibt, zeigt sich, dass die Priorität psychischer Erkrankungen bei der Mittelvergabe von der

Öffentlichkeit geringer eingeschätzt wird als die körperlicher Erkrankungen (Schomerus, Matschinger, & Angermeyer, 2006). Untersuchungen, die die Verhältnisse in den USA betreffen, bestätigen zudem, dass Politiker Ressourcen innerhalb des Gesundheitssystems unter anderem danach verteilen, ob sie die Patienten als persönlich verantwortlich für ihre Erkrankung erachten. Besteht diese Annahme in Bezug auf psychische Krankheiten, so reagieren Politiker eher mit Ärger und neigen dazu, die Betroffenen durch den Entzug von Ressourcen zu bestrafen (Corrigan & Watson, 2003). Wie oben erwähnt, existieren jedoch kaum verlässliche Studien darüber, ob für die Versorgung psychischer Krankheiten dadurch tatsächlich weniger Ressourcen aufgewendet werden, als den Erkrankungen ihrer epidemiologischen Bedeutung nach zustünden.

Die Erfahrung struktureller Diskriminierung innerhalb der psychiatrischen Klinik betreffend existieren Patientenberichte über die als stigmatisierend empfundene, schlechte Qualität der psychiatrischen Versorgung, insbesondere im Vergleich zur somatischen Versorgung (Schulze & Angermeyer, 2002). Strukturelle Diskriminierung geschieht implizit auch dadurch, dass die Betroffenen im stationären Alltag durch eine standardisierte, wenig individuelle Behandlung und das Befolgen von strengen Stationsregeln in die Patientenrolle gedrängt werden (King & Raynes, 1968; Verhaeghe & Bracke, 2008).

Ein Anzeichen dafür, dass auch die psychiatrische Klinik selbst mit strukturellem Stigma behaftet ist, ist auch die örtliche Lage der Klinikbauten: So schildert Jetter in „Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses“, dass die häufig in der Peripherie gelegenen Einrichtungen zum Teil noch Erben der im 19. Jahrhundert erbauten Irrenhäuser und Heil- und Pflegeanstalten sind (Jetter, 1981). Dies trifft auch heute noch auf viele Klinikgebäude zu, sodass trotz der positiven Auswirkungen, die ein Klinikaufenthalt außerhalb einer Stadt auf die Gesundheit haben kann, mit diesen Bauten auch die symbolhaft demonstrierte Marginalisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen fortgesetzt wird.

Als Anhaltspunkt für die schlechte öffentliche Meinung von der psychiatrischen Klinik und damit als weiteres Indiz für öffentliche Stigmatisierung können zu guter Letzt auch Nachwuchsprobleme der in der Klinik vertretenen Berufsgruppen (Grözinger, Amlacher, & Schneider, 2011) gesehen werden. So wird beschrieben, dass die Zahl von Medizinstudenten, die die Facharztweiterbildung im Fach Psychiatrie anstreben in vielen Ländern seit Jahren sinkt (Sartorius et al., 2010).

Auch der Ausdruck „psychisch Kranke“ für Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie er in dieser Dissertation Verwendung findet, mag für manchen Leser den Beigeschmack struktureller Diskriminierung haben. Obgleich sich gezeigt hat, dass weniger stigmatisierende Begriffe wie bei Verwendung von *people-first language* („Menschen mit psychischen Erkrankungen“

statt „psychisch Kranke“) oder beispielsweise „consumer of mental health services“ tatsächlich die Selbststigmatisierung der Betroffenen senken können (Chee, Ng, & Kua, 2005), verwende ich in dieser Arbeit und in den Items der Fragebögen aufgrund des übersichtlicheren Satzbaus auch den Ausdruck „psychisch Kranke“.

1.1.2 Selbststigmatisierung

Internalisiert ein Mitglied einer stigmatisierten Gruppe die gegenüber dieser Gruppe vorliegenden negativen Stereotype, so spricht man von Selbststigmatisierung. Am Anfang steht dabei die Wahrnehmung der negativen Stereotype, dann die Zustimmung zu diesen und schließlich wendet der Betroffene die negativen Stereotype auf sich selbst an, was zu einem Verlust des Selbstwertgefühls führt (Corrigan, Watson & Barr, 2006).

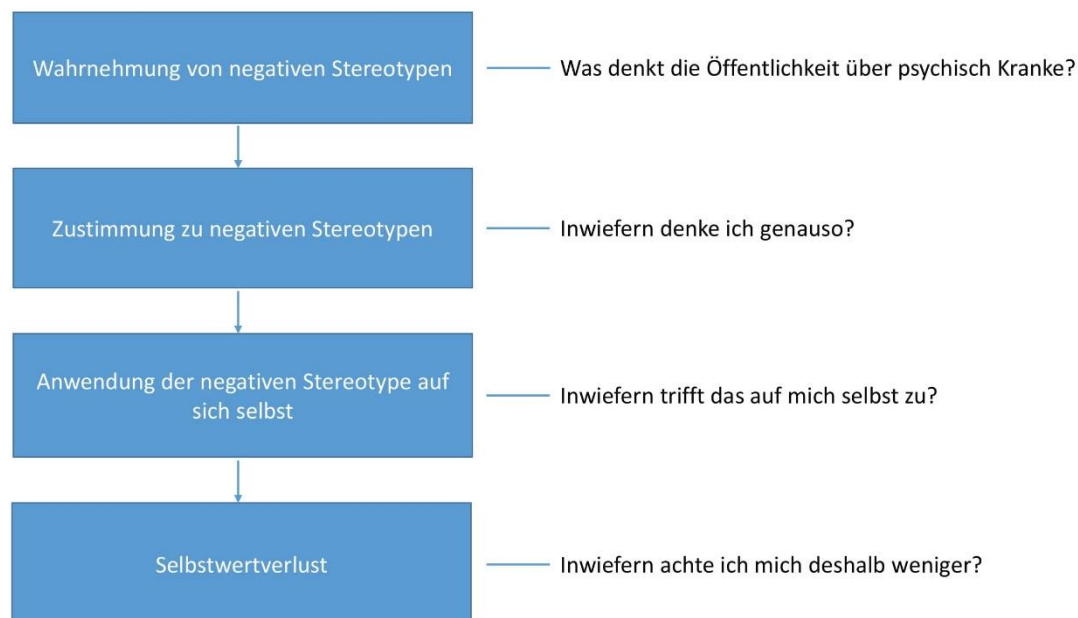


Abbildung 1: Der Prozess der Selbststigmatisierung nach Corrigan, Watson, Barr, 2006.

Patienten, die sich selbst stark stigmatisieren, erleben im Allgemeinen Schamgefühle, Selbstwertverlust und eine Verringerung der Selbstwirksamkeit (Corrigan, Watson & Barr, 2006), was sich unter anderem auf den Verlauf der Behandlung auswirkt: Die Patienten haben im Allgemeinen eine schlechtere Prognose und zeigen eine höhere Symptomschwere (Livingston & Boyd, 2010) als Patienten, die sich selbst weniger stark stigmatisieren. Die Selbststigmatisierung verringert die Fähigkeit, sich Herausforderungen zu stellen und eigene Ziele umzusetzen

(Corrigan, Larson & Rüsch, 2009) und beeinflusst das Hilfesuchverhalten der Patienten negativ (Schomerus, 2009; Schomerus, Matschinger & Angermeyer, 2009). Besonders eindrücklich ist, dass ein hohes Maß an Selbststigmatisierung in Krisensituationen selbst zu häufigeren Klinikeinweisungen führt (Rüsch et al., 2009) und die Patienten so wiederum in die potentiell stigmatisierende Situation des Klinikaufenthaltes bringt.

Das Paradoxon von Selbststigmatisierung und psychischer Krankheit

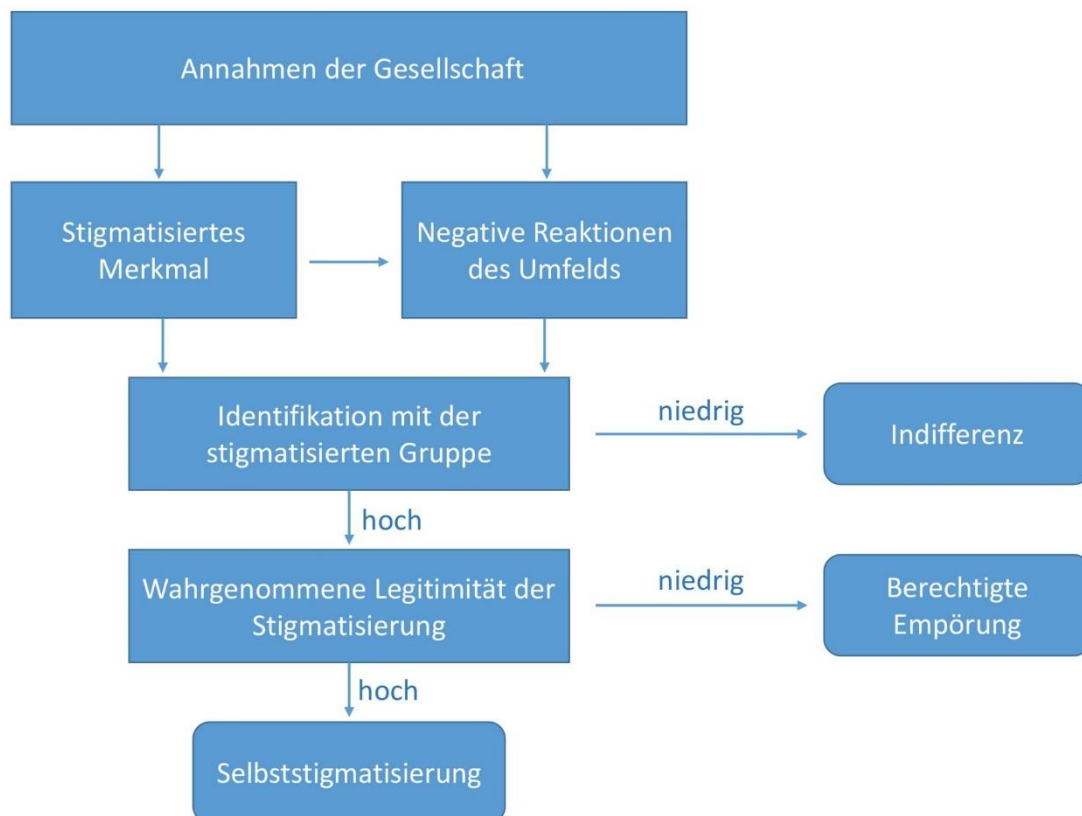


Abbildung 2: Das Paradoxon von Selbststigmatisierung und psychischer Krankheit nach Corrigan & Watson, 2006.

Da Selbststigmatisierung also einen erheblichen Einfluss auf die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik hat, ist es wichtig zu verstehen, welche Faktoren die Selbststigmatisierung der Patienten im Laufe eines Aufenthalts beeinflussen. Es scheint jedoch dabei so zu sein, dass sich manche Patienten aufgrund ihrer psychischen Erkrankung stark, andere wiederum gar nicht stigmatisieren. Dieses „Paradoxon von Selbststigmatisierung und psychischer Krankheit“ (Corrigan & Watson, 2006) erklärt sich dadurch, dass auf unterschiedliche Patienten ganz unterschiedliche Einflussfaktoren wirken: Hat der Patient das stigmatisierte Merkmal und die negativen Reaktionen des Umfeldes darauf wahrgenommen und für sich interpretiert, so ist es für die Entwicklung von Selbststigma maßgeblich, ob sich der Patient mit der stigmatisierten

Gruppe identifiziert oder nicht. Ist die Identifikation mit der Gruppe gering, wird die Person sich nicht betroffen wähnen und auf die Stigmatisierung der Gruppe eher indifferent reagieren. Identifiziert sich die Person stark mit der stigmatisierten Gruppe, kommt es darauf an, inwieweit der Betroffene die Stigmatisierung als legitim erachtet. Nimmt der Patient die Stigmatisierung als nicht berechtigt wahr, wird er eher mit berechtigter Empörung reagieren; jemand, der die Stigmatisierung als berechtigt einschätzt, läuft hingegen eher Gefahr, sich selbst zu stigmatisieren.

1.2 Theorie der sozialen Identität

Wie oben beschrieben stellt die Identifikation mit der Gruppe („Gruppenidentifikation“), in diesem Fall mit der Gruppe der psychisch Kranken, einerseits einen der entscheidenden Einflussfaktoren zur Entwicklung von Selbststigma dar. Andererseits ist bekannt, dass die Gruppenidentifikation die negativen Effekte von Stigmatisierung insofern abmildert, als es bei den Patienten zu mehr sozialer Unterstützung führt, die Ablehnung negativer Stereotype erleichtert und die Fähigkeit, den Effekten von Stigmatisierung entgegenzutreten (Stigmaresistenz), erhöht (Crabtree, Haslam, Postmes & Haslam, 2010). Dieser schon von Goffmann beschriebene „Verbrüderungsprozess“ (Goffman & Helmreich, 1961) und die Subkultur unter Patienten scheinen wichtig für die Selbsteinschätzung der Patienten zu sein und können als Gegengewicht zu Stigmatisierung und insbesondere Selbststigmatisierung fungieren (Verhaeghe & Bracke, 2008).

Daher ist es sinnvoll, die Identifikation mit der Gruppe als Einflussfaktor in dem zu untersuchenden Prozess näher zu betrachten und in ein Hypothesenmodell miteinzubinden.

Die theoretische Grundlage dafür liefert die Theorie der sozialen Identität von Henri Tajfel und John Turner. Diese fußt auf vier Konzepten, nämlich auf sozialer Kategorisierung, sozialer Identität, sozialen Vergleichen und sozialer Distinktheit. Über die soziale Kategorisierung teilt eine Person seine Umwelt in unterscheidbare Gruppen auf. Aus der Zugehörigkeit zu einer dieser Gruppen, der „In-Group“, bildet sich die soziale Identität der Person. Sie ist das Gegenstück zur persönlichen Identität, die sich unter anderem aus persönlichem Geschmack, intellektuellen Fähigkeiten, etc. zusammensetzt. Über soziale Vergleiche werden die einzelnen Gruppen voneinander unterschieden, wobei es für den Erhalt der eigenen positiven sozialen Identität wichtig ist, vorteilhafte Vergleiche anstellen bzw. eine positive soziale Eigenart oder Distinktheit der eigenen Gruppe herausstellen zu können. Diese für die In-Group vorteilhaften Vergleiche werden selbst dann gezogen, wenn die Gruppen objektiv kaum zu unterscheiden sind. So zeigten sich in Versuchen auch zwischen willkürlich eingeteilten Gruppen sogenannte

In-Group-Favorisierung und Out-Group-Diskriminierung, also eine Bevorzugung von Mitgliedern der In-Group und eine Abwertung von Mitgliedern der Out-Group (Tajfel & Turner, 1986).

Analog dazu ist es möglich, dass während des Aufenthalts in einer psychiatrischen Einrichtung Prozesse stattfinden, in deren Verlauf die „Gruppe der psychisch Kranken“ als neue In-Group angesehen wird. Auf diese Weise könnte sich die Identifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken verstärken, In-Group-Favorisierung bzw. vorteilhafte Vergleiche zur Out-Group könnten damit in einer Abschwächung der eigenen stigmatisierenden Haltungen gegenüber psychisch Kranken resultieren. Es ist denkbar, dass dies zur Senkung der Selbststigmatisierung führt.

Erweiternd zur Theorie der sozialen Identität wurde auch untersucht, welche Prozesse bei einem unbefriedigenden sozialen Status, also bei Konflikten zwischen der In-Group und einer für soziale Vergleiche relevanten Out-Group in Gang gesetzt werden. Sind für die In-Group vorteilhafte Vergleiche zur Out-Group nicht möglich, ist also die eigene Gruppe die „statusniedrigere Gruppe“, wie man es im Falle der stigmatisierten Gruppe der als psychisch krank Diagnostizierten gegenüber der Gruppe der „psychisch Gesunden“ annehmen kann, existieren nach Zick et al. verschiedene Strategien zur Wiederherstellung der eigenen positiven sozialen Identität:

Bei durchlässigen Gruppengrenzen kommt es zu sogenannter „Sozialer Mobilität“, also dazu, dass ein Individuum die eigene Gruppe verlässt. Diese Strategie scheint für psychiatrische Patienten wenig geeignet, da es sich bei der Grenze zwischen „offiziell als psychisch krank diagnostiziert“ und „offiziell psychisch gesund“ um eine in der öffentlichen Wahrnehmung eher undurchlässige Gruppengrenze handelt und es für den Patienten schwierig erscheint, sich einfach zu entscheiden, die Diagnose bzw. das Krankheitsbild abzulegen. Das Verlassen der Gruppe gelingt nur, indem der Patient vollständig geneset und die Diagnose ablegt oder indem sich der Patient mit der Gruppe der psychisch Kranken nicht mehr identifiziert – ein Umstand, der für die Fragestellung dieser Arbeit von besonderem Interesse ist.

Bei starren Gruppengrenzen bieten sich jedoch noch zwei andere Strategien, nämlich die der sozialen Veränderung: Durch „Soziale Kreativität“ kann es zur Aufwertung der sozialen Identität kommen, indem die Vergleichsdimensionen insofern geändert werden, dass positive Vergleiche zur Out-Group möglich werden. So könnten psychiatrische Patienten beispielsweise zu der Überzeugung gelangen, dass nicht die Vergleichsdimension „krank – gesund“ von Bedeutung ist, sondern eventuell „weise – unerfahren“, da sie gegenüber „psychisch Gesunden“ durch ihre Erkrankung mehr Lebenserfahrung, Weisheit und einen ganz anderen Blick auf die Welt bekommen haben, was sie positiv von nicht als psychisch krank Diagnostizierten absetzt.

Es besteht im Rahmen von Sozialer Kreativität außerdem die Möglichkeit, statt der Vergleichsdimension die Vergleichsgruppe zu wechseln. Im Falle eines psychiatrischen Patienten könnte das bedeuten, dass er sich nicht mehr mit „psychisch Gesunden“, sondern mit der Gruppe von Menschen vergleicht, die offensichtlich schwerer erkrankt sind als er selbst. („Ich bin zwar psychisch krank, aber so krank wie *die* bin ich lange nicht; die sind *richtig* krank.“)

Die letzte Strategie ist die des „Sozialen Wettbewerbs“. Dabei kommt es zur direkten Konfrontation zweier Gruppen, sodass der soziale Status danach neu bewertet werden kann und für die eigene Gruppe erneut vorteilhafte Vergleiche möglich werden. In der psychiatrischen Klinik selbst wird es kaum dazu kommen, dass „die Gruppe der psychisch Kranken“ zur Erhöhung des sozialen Status einen offenen Konflikt mit „der Gruppe der psychisch Gesunden“ beginnt. Es ist jedoch möglich, dass sowohl Tendenzen der Antipsychiatrie, bei der die Gruppe der Psychiater als konkurrierende Gruppe angesehen wird, als auch Protestaktionen gegen die Diskriminierung von psychisch Kranken der Aufwertung des sozialen Status der Gruppe der psychisch Kranken dienen und damit Ausdruck des sozialen Wettbewerbs sein können. (Zick, 2002).

1.3 Hypothesenmodell

Um zu untersuchen, wie sich die Selbststigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung während des Aufenthalts in einer psychiatrischen Klinik verändert, entwickelten wir unter Einbezug der Theorie der sozialen Identität ein Hypothesenmodell.

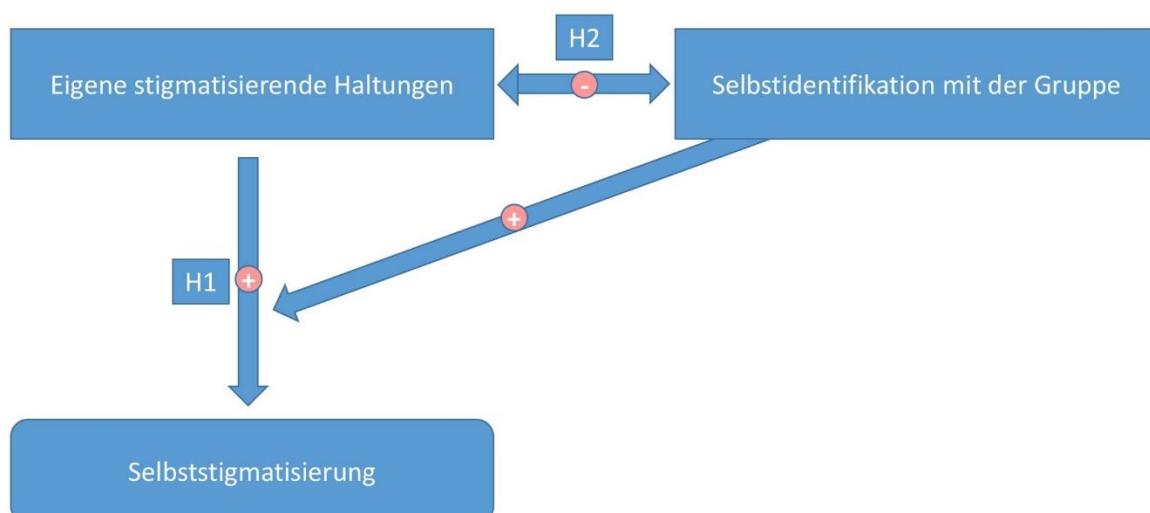


Abbildung 3: Theoretisches Modell: Der Prozess der Selbststigmatisierung unter Einbezug der Theorie der sozialen Identität. H1 – erste Hypothese, H2 – zweite Hypothese.

In diesem Modell setzen wir die eigenen stigmatisierenden Haltungen der Patienten mit der Identifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken und ihrer Selbststigmatisierung in Beziehung. Wir formulierten vier Hypothesen: Die erste Hypothese („H1“) besagt, dass die eigenen stigmatisierenden Haltungen der Patienten gegenüber psychisch Kranken („eigenes Stigma“) mit einem hohen Maß an Selbststigmatisierung assoziiert sind, wenn sich die Betroffenen mit der Gruppe der psychisch Kranken identifizieren. Wie beim Prozess der Selbststigmatisierung beschrieben, ist bekannt, dass die Zustimmung zu den herrschenden Stereotypen eine Voraussetzung zur Ausbildung von Selbststigmatisierung ist (Corrigan, Watson & Barr, 2006). Es ist jedoch wichtig, den Zusammenhang zwischen eigenem Stigma und Selbststigma auch für diese Stichprobe zu untersuchen, um feststellen zu können, ob über die mögliche Reduktion des eigenen Stigmas im Verlauf des Aufenthaltes überhaupt eine Reduktion des Selbststigmas erreicht werden kann. Ähnlich wie im Paradoxon von Selbststigmatisierung und psychischer Krankheit beschrieben, gehen wir davon aus, dass stigmatisierende Haltungen der Gruppe der psychisch Kranken gegenüber nur zu Selbststigmatisierung führen, wenn sich die Patienten der Gruppe zugehörig fühlen. Daher wird dieser Zusammenhang auch für die vorliegende Stichprobe untersucht.

Die zweite Hypothese („H2“) sagt aus, dass stigmatisierende Haltungen gegenüber psychisch Kranken mit einer geringeren Bereitschaft assoziiert sind, sich mit der Gruppe der psychisch Kranken zu identifizieren. Auch dies zu überprüfen ist für die Veränderung der einzelnen Größen über die Dauer des Aufenthaltes wichtig. Dieser Zusammenhang könnte nämlich bedeuten, dass ein stark ausgeprägtes eigenes Stigma die Gruppenidentifikation und damit einen potentiell entstigmatisierenden Prozess behindern kann.

Die dritte und vierte Hypothese beziehen sich auf die Veränderung der dargestellten Beziehungen im Verlauf des Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik: So besagt die dritte Hypothese („H3“), dass sich mit dem Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung die Selbstidentifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken erhöht – als Korrelat dafür, dass diese Gruppe als neue In-Group angesehen wird.

Mit der vierten Hypothese („H4“) formulierten wir die Vermutung, dass eine erhöhte Gruppenidentifikation einen negativ mit eigenem Stigma assoziiert ist, dass also der Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung so zum Abbau stigmatisierender Haltungen gegenüber psychisch Kranken und damit zum Abbau von Selbststigmatisierung führt. In diese Hypothese spielt der Gedanke mit herein, dass es mit einer erhöhten Gruppenidentifikation zum Erhalt der positiven sozialen Identität zu vorteilhaften Vergleichen kommt und die Patienten somit ein positiveres Bild von der eigenen Gruppe und damit positivere Einstellungen zu psychisch Kranken entwickeln.

oder entstigmatisierende Wirkung des Aufenthaltes. Daher soll in dieser Arbeit näher untersucht werden, wie sich die Faktoren gegenseitig beeinflussen und inwieweit sich die Theorie der Entstigmatisierung durch eine erhöhte Gruppenidentifikation während des Aufenthalts in der Klinik bestätigen lässt. Es ist also einerseits wichtig zu verstehen, inwiefern ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung die Selbstidentifikation der Patienten mit der Gruppe der psychisch Kranken ändert; andererseits aber auch, inwiefern die eigenen stigmatisierenden Haltungen der Patienten zu psychisch Kranken dadurch verändert werden und inwiefern ihnen dies hilft, selbststigmatisierende Denkmuster abzubauen.

Ein tieferes Verständnis dafür, auf welche Weise die einzelnen Faktoren zur Änderung der Selbststigmatisierung beitragen, ermöglicht es, gezielt an diesen Faktoren anzusetzen und schon präventiv Strategien gegen die permanent drohenden Selbststigmatisierungsprozesse in der Klinik zu entwickeln. Auch wird es damit eventuell möglich sein, die positiven, entstigmatisierenden Faktoren zu identifizieren, zu fördern und dies vielleicht sogar auf andere Situationen außerhalb der Klinik zu übertragen.

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign

In einer Längsschnitterhebung füllten 70 psychiatrische Patienten unmittelbar nach Aufnahme in eine psychiatrische Klinik bzw. Tagesklinik einen Fragebogen aus („Selbstaussfüller“). Um Verständnisschwierigkeiten ausschließen zu können und Rückfragen möglich zu machen, wurden die Fragebögen in Anwesenheit eines Ansprechpartners ausgefüllt. Dabei wurde angestrebt, dass die anwesende Person die Probanden in ihrer Entscheidung so wenig wie möglich beeinflusst. Nach vier Wochen (durchschnittlich 28,04 Tagen) Aufenthalt in der Klinik füllten dieselben Patienten denselben Fragebogen ein zweites Mal aus.

2.2 Patientenstichprobe

Die Stichprobe wurde aus Patienten gewonnen, die in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Greifswald im Helios Hanseklitorium Stralsund auf eine psychiatrische Psychotherapiestation oder in eine Tagesklinik aufgenommen wurden. Die Rekrutierung von sowohl stationären als auch teilstationären Patienten gewährleistete dabei, dass ein möglichst breites Spektrum abgebildet wurde. Um ein naturalistisches Spektrum von Probanden zu gewinnen, wurde auf Ausschlusskriterien verzichtet, es sollte lediglich die Fähigkeit zur Teilnahme an einer Studie gesichert sein. Die Einschlusskriterien umfassten daher die Fähigkeit zur Beantwortung von Fragebögen und die informierte Einwilligung. Eine Probandenentschädigung wurde nicht gezahlt. Die Patienten wurden über den Inhalt der Studie mündlich und schriftlich aufgeklärt, erhielten eine Datenschutzerklärung und wurden um schriftliche Einwilligung gebeten.

Die Stichprobe umfasste bei der ersten Befragung 70 Patienten, bei der zweiten Befragung 52 Patienten. Es handelte sich dabei um Patienten der Station für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen und der Station für affektive Störungen und Psychosomatik. Befragt wurden weiterhin Patienten einer Tagesklinik und der Adoleszenz-Tagesklinik, einer Spezialeinrichtung für Patienten zwischen dem 18. und dem 25. Lebensjahr.

2.3 Ethik

Das Ausfüllen des verwendeten Fragebogens war für die Patienten ohne jegliches Risiko. Die klinische Behandlung der Patienten wurde durch die Teilnahme an der Studie in keiner Weise beeinflusst. Für die Patienten bestand kein unmittelbarer Nutzen in der Studie. Mittelbar profitieren die Patienten jedoch von den resultierenden Ergebnissen dahingehend, dass erweitertes Wissen über Prozesse, die die Selbststigmatisierung beeinflussen, die Grundlage für die Entwicklung von spezifischen Interventionen und Therapiekonzepten zur weiteren bewussten Reduktion von Selbststigmatisierung sein kann. Aufgrund des fehlenden Risikos für die Patienten wird eine Risiko-Nutzen-Abschätzung zugunsten der Studie gesehen. Der gestellte Ethikantrag für diese Studie wurde bewilligt.

2.4 Instrumente

Der verwendete Fragebogen ist zur besseren Ansicht auf S.62 im Anhang in Gänze abgebildet.

2.4.1 Identifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken

Um die Identifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken zu messen, wurde der Fragebogen des hierarchischen Mehrkomponentenmodells der In-Group-Identifikation nach Leach et al. (2008) für psychisch Kranke adaptiert. Das Modell nach Leach et al. enthält 15 Items, die die *Solidarität* mit Mitgliedern der In-Group, die *Zufriedenheit* mit der In-Group, die *Zentralität*

Bitte geben Sie durch Ankreuzen an, welche Antwort am besten auf Sie zutrifft.

1ident01-11	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt nicht	Weder noch	Stimmt	Stimmt voll und ganz
1. Ich fühle mich mit psychisch kranken Menschen verbunden.	①	②	③	④	⑤
2. Ich empfinde Solidarität mit psychisch kranken Menschen.	①	②	③	④	⑤
3. Ich fühle mich psychisch kranken Menschen gegenüber verpflichtet.	①	②	③	④	⑤
4. Ich denke, dass psychisch kranke Menschen eine Menge haben, auf das sie stolz sein können.	①	②	③	④	⑤

Abbildung 5: Ausschnitt aus dem Fragebogen auf Grundlage des hierarchischen Mehrkomponentenmodells der In-Group-Identifikation nach Leach et al.. Deutsche Übersetzung, In-Group "psychisch krank" bzw. "psychisch kranke Menschen".

der Gruppe, die *individuelle Selbststereotypisierung* und die wahrgenommene *Eigengruppenhomogenität* erfassen. Diese Subskalen stellen die unterschiedlichen Komponenten von Identifikation mit der In-Group dar. *Solidarität* mit der Gruppe erfasst dabei die emotionale Verbundenheit zur Gruppe und das Engagement für die Gruppe. *Zufriedenheit* mit der In-Group bildet die positiven Emotionen bezüglich der Zugehörigkeit zu der Gruppe ab. *Zentralität* der Gruppe bezieht sich auf die Fragestellung, ob die In-Group ein integraler und wichtiger Teil des Selbstkonzeptes ist. *Individuelle Selbststereotypisierung* betrifft die Wahrnehmung von Ähnlichkeiten zwischen der eigenen Person und der In-Group, also ob sich der Betreffende als typisches Mitglied seiner Gruppe wahrnimmt. Die *Eigengruppenhomogenität* spiegelt die Wahrnehmung der Gruppe als Entität von Personen mit Gemeinsamkeiten wider. Innerhalb dieses zweidimensionalen Modells stellen die Subskalen Zentralität, Solidarität und Zufriedenheit die Dimension *Self-Investment* dar, während individuelle Selbststereotypisierung und Eigengruppenhomogenität zur Dimension *Self-Definition* gehören. Die Items wurden in die deutsche Sprache übersetzt; eine solche nahezu identische Übersetzung ins Deutsche wurde bereits durch Roth et al. validiert (Roth & Mazziotta, 2015). Als In-Group wurde „psychisch krank“ bzw. „psychisch kranke Menschen“ eingesetzt. Aufgrund der negativen Konnotation des Begriffs „psychisch krank“ ergaben sich bei einigen Items der Subskala „Zufriedenheit“ (Satisfaction) Aussagen mit potentiell paradoxer Bedeutung bzw. provozierender Wirkung (z. B. „Ich bin froh, psychisch krank zu sein.“). Um dadurch bedingte Verfälschungen des Ergebnisses zu vermeiden, wurden einige Items dieser Subskala entfernt, sodass insgesamt 11 Items verblieben. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass der Fragebogen trotz der Anpassungen eine hohe interne Konsistenz aufweist (siehe 3.2 Interne Konsistenz der Instrumente).

2.4.2 Eigene stigmatisierende Haltungen und Selbststigmatisierung

2.4.2.1 Self Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS)

Eigene stigmatisierende Haltungen und Selbststigmatisierung wurden zudem mit der Self Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS) gemessen. Dieser Fragebogen wurde von Corrigan et al. entwickelt (Corrigan, Watson, & Barr, 2006) und bildet mit seinen vier Subskalen den oben beschriebenen Prozess der Selbststigmatisierung ab: Der erste Teil (im Folgenden „SSMI1“ genannt) erhebt Aussagen darüber, wie der Patient die Einstellungen der Öffentlichkeit zu psychisch Kranken einschätzt, er lässt also Aussagen zur „Stereotype Awareness“ des Patienten zu. Im zweiten Teil „Agreement“ („SSMI2“ genannt) wird erhoben, inwieweit der Patient den herrschenden Stereotypen zu psychisch Kranken zustimmt. Der dritte Teil „Application“

(„SSMI3“) misst das Ausmaß, in welchem die Patienten die Einstellungen zu psychisch Kranken auf sich selbst anwenden und im vierten Teil „Harm to Self-esteem“ („SSMI4“) wird die Beeinflussung des Selbstwertgefühls durch die Einstellungen zu psychisch Kranken erfragt.

Der SSMI2 zielt also wie die soziale Distanz-Skala auf die eigenen stigmatisierenden Haltungen der Patienten ab, bildet diese aber eher auf der Ebene der eigenen Stereotype gegenüber psychisch Kranken ab, während die soziale Distanz-Skala die Interaktionsbereitschaft mit der Gruppe der psychisch Kranken erfasst. SSMI3 und SSMI4 hingegen messen zwei Komponenten von Selbststigmatisierung. Beide Instrumente korrelieren sehr hoch miteinander und verhielten sich in der statistischen Auswertung nahezu identisch. Da die Anwendung („Application“) der negativen Stereotypen auf sich selbst den entscheidenden Mechanismus im Prozess der Selbststigmatisierung darstellt, konzentrieren wir uns in dieser Arbeit auf die Beschreibung der Interaktionen und zeitlichen Veränderungen des SSMI3.

2.4.2.2 Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI)

Zur Erfassung der Selbststigmatisierung wurde zudem die deutsche Version des Internalized Stigma of Mental Illness Inventory (ISMI) nach Boyd Ritsher et al. verwendet (Boyd, Adler, Otilingam, & Peters, 2014). Diese umfasst 29 Items, zu denen die Patienten auf einer vierstufigen Likert-Skala von 1=„lehne voll ab“ bis 4=„stimme voll zu“ ihre Einschätzung abgeben. Die Items gehen in fünf verschiedene Subskalen ein: Mit den sechs Items der Subskala „Entfremdung“ wird gemessen, ob die eigene Identität als beschädigt erlebt wird. Die Subskala „Übernahme von Stereotypen“ mit sieben Items erfasst Vorurteile gegenüber psychisch Kranken.

1ismi01-29	lehne voll ab	lehne eher ab	stimme eher zu	stimme voll zu
1. Ich fühle mich fehl am Platz in der Welt, weil ich eine psychische Erkrankung habe.	①	②	③	④
2. Psychisch kranke Menschen neigen dazu, gewalttätig zu sein.	①	②	③	④
3. Menschen diskriminieren mich, weil ich eine psychische Erkrankung habe.	①	②	③	④
4. Ich vermeide es, Menschen ohne psychische Erkrankung nahe zu kommen, um nicht zurückgewiesen zu werden.	①	②	③	④

Abbildung 6: Ausschnitt aus dem Internalized Stigma of Mental Illness Inventory nach Boyd Ritsher et al..

Mit fünf Items werden „Diskriminierungserfahrungen“ der Patienten erhoben, sechs Items beziehen sich auf den „sozialen Rückzug“. Die aus fünf Items bestehende Subskala „Stigmare-

sistenz“ erfasst, inwieweit Patienten widerstandsfähig gegenüber Stigma sind. Manche Autoren vertreten daher die Meinung, dass Stigmaresistenz ein unabhängiges Konstrukt abbildet und schlagen vor, diese Subskala bei der Verwendung des ISMI auszulassen (Brohan, Slade, Clement, & Thornicroft, 2010a). Da zudem herausgefunden wurde, dass Stigmaresistenz kein signifikanter unabhängiger Prädiktor für Selbststigmatisierung ist (Brohan, Elgie, Sartorius, & Thornicroft, 2010), wurde auch in dieser Studie Stigmaresistenz nicht in den Gesamtscore des ISMI mit einbezogen.

2.4.2.3 Soziale Distanz-Skala

Die soziale Distanz zu einer Gruppe stellt einen Indikator für die stigmatisierenden Haltungen gegenüber dieser Gruppe dar (Angermeyer & Matschinger, 1997). Daher erfassten wir die eigenen stigmatisierenden Haltungen der Patienten gegenüber psychisch Kranken („eigenes

1sdis01-07	Ganz bestimmt				Sicher nicht
1. Wenn Sie ein Zimmer zu vermieten hätten, inwieweit würden Sie jemand mit einer psychischen Erkrankung als Mieter nehmen?	①	②	③	④	⑤
2. Inwieweit würden Sie jemand mit einer psychischen Erkrankung als Arbeitskollegen akzeptieren?	①	②	③	④	⑤
3. Inwieweit wäre Ihnen jemand mit einer psychischen Erkrankung als Nachbar recht?	①	②	③	④	⑤

Abbildung 7: Ausschnitt aus dem Fragebogen zur sozialen Distanz nach Angermeyer & Matschinger, 1997.

Stigma“) unter anderem mit der Skala zur Sozialen Distanz, deren erste Fassung von Bogardus entwickelt wurde (Bogardus, 1925). Die von uns verwendete Fassung wurde von Link et al. etabliert (Link, Cullen, Frank, & Wozniak, 1987) und von Angermeyer und Matschinger (s.o.) übersetzt. Sie umfasst sieben Items, welche anhand von Alltagssituationen die Bereitschaft erheben, mit psychisch Kranken in persönlichen Kontakt zu treten. Antworten waren auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 1=“ganz bestimmt“ bis 5=“sicher nicht“ möglich. Dieses Instrument gibt also die eigenen stigmatisierenden Haltungen auf der Interaktionsebene wieder.

2.4.3 Andere Instrumente

Erfasst wurde außerdem die bisherige Dauer des aktuellen Aufenthaltes, die Anzahl der stationären und teilstationären Aufenthalte innerhalb des letzten Jahres und wie viele Wochen der

betreffende Patient im letzten Jahr in stationärer bzw. teilstationärer Behandlung gewesen war. Besonderes Augenmerk lag auf der Frage, wie oft sich der Patient in seinem Leben bis dahin insgesamt in psychiatrische Behandlung begeben hatte und wie viele Wochen die Behandlung insgesamt gedauert hatte.

Zudem wurde erfragt, wieviel Kontakt außerhalb der Klinik zu anderen psychisch Kranken besteht, da belegt ist, dass Kontakt zu psychisch Kranken und Erfahrung mit psychischer Krankheit stigmatisierende Einstellungen verringert (Angermeyer, Matschinger, & Corrigan, 2004; Gaertner, Rust, Dovidio, Bachman, & Anastasio, 1996). Aus demselben Grund wurde auch erfragt, ob die Patienten Internetforen besuchten, die sich mit ihrer Krankheit beschäftigen, rauchten oder aktuell ein Einzelzimmer bezögen. Es wurde für möglich erachtet, dass diese Faktoren das Ausmaß an Kontakt zu Mitpatienten und anderen psychisch Kranken beeinflussen und sich damit eventuell auf die Haltungen der Patienten und die Selbstidentifikation mit der Gruppe auswirken.

Aktuelle psychische Beschwerden wurden mit dem Brief Symptom Inventory (BSI-18) erfasst (Derogatis, 2001). Dieser kurze Fragebogen misst die Symptomschwere in der Woche bis zur Befragung in den Dimensionen Somatisierung, Depressivität und Ängstlichkeit mit jeweils sechs Items. Antworten werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0="überhaupt nicht" bis 4="sehr stark" eingeordnet. Der Summenscore des BSI-18 bildet den Global Severity Index (GSI) und ist ein Maß für die generelle psychische Belastung.

Mit einem in der Klinik üblichen Fragebogen zudem soziodemographische Variablen wie Schulbildung, bestehende Partnerschaft und Familienstand erhoben.

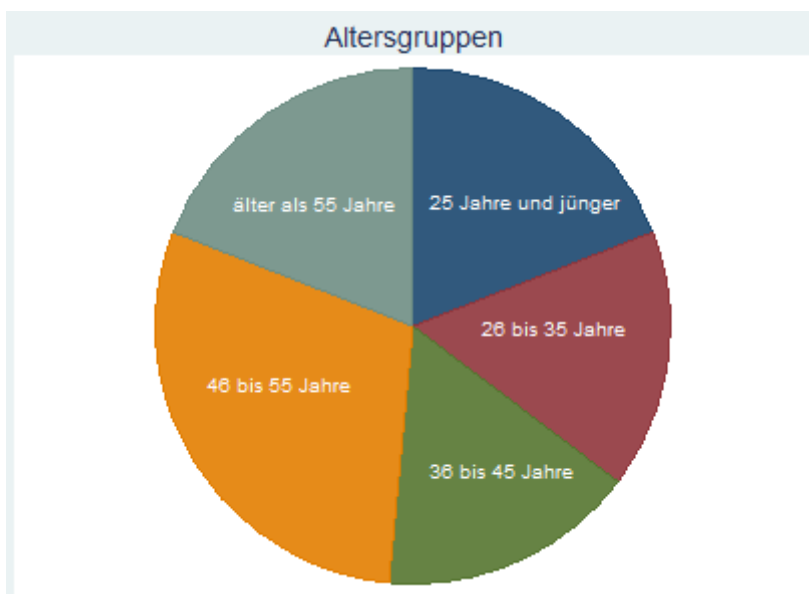
Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mithilfe der Statistik-Software Stata 13 SE. Als signifikant galten Analysen, die einen p-Wert von $<0,05$ aufwiesen, bei denen die Irrtumswahrscheinlichkeit für die Annahme der Alternativhypothese also unter $0,05$ lag.

3 Auswertung

3.1 Stichprobencharakteristik

Die Stichprobe umfasste bei der ersten Befragung 70 Patienten, von welchen 52 Patienten an der zweiten Befragung teilnahmen, was für den zweiten Messzeitpunkt einer Rücklaufquote von 74,3% entspricht. Der Großteil der Ausfälle war dabei zufällig, beispielsweise aufgrund von Entlassung oder Verlegung des Patienten vor Ablauf der vier Wochen zwischen den beiden Messzeitpunkten. Nur vereinzelt lehnten Patienten das Ausfüllen des zweiten Fragebogens ab, daher wird nicht davon ausgegangen, dass eine Non-Response-Bias zwischen den beiden Messzeitpunkten besteht.

38,6% der Patienten waren männlich, 61,4% weiblich. Die Altersverteilung der Stichprobe zeigte sich ausgeglichen: 19,1% der Befragten waren in der Altersgruppe bis 25 Jahre, je



16,2% waren zwischen 26 und 35 Jahre alt bzw. zwischen 36 und 45 Jahre alt. Mit 29,4% bildeten die 46- bis 55-Jährigen die größte Gruppe und älter als 55 Jahre waren 19,1% der Patienten.

Abbildung 8: Altersverteilung innerhalb der Stichprobe.

Der Großteil der Patienten (64,3%) hatte einen mittleren Bildungsabschluss, jeweils 15,7% hatten ihre Schullaufbahn nach acht Klassen (dem Hauptschul-

abschluss entsprechend) bzw. nach 12 oder 13 Klassen (der (Fach-)Hochschulreife entsprechend) beendet. 2,9% waren ohne Abschluss von der Schule abgegangen und 1,4% gingen noch zur Schule.

Der Großteil der Patienten (71%) war mit mehr als einer psychischen Erkrankung diagnostiziert, das Patientenkollektiv lässt sich jedoch anhand der Hauptdiagnose folgendermaßen charakterisieren: bei 65,7% war die Hauptdiagnose eine affektive Erkrankung, vorwiegend eine Depression, 15,7% hatten als Hauptdiagnose eine Erkrankung aus dem Formenkreis der neu-

rotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit einer großen Mehrheit an Anpassungsstörungen und posttraumatischen Belastungsstörungen. Bei 14,3% war als Hauptdiagnose eine Persönlichkeitsstörung verschlüsselt und 4,29% der Patienten hatten als Hauptdiagnose eine Alkoholabhängigkeit.

Bezogen auf die verschiedenen Stationen lässt sich feststellen, dass 44,3% der Befragten auf der Station für affektive Störungen in Behandlung waren und überwiegend depressive Krankheitsbilder zeigten. So war die Hauptdiagnose dieser Patienten in 64,5% der Fälle eine Erkrankung aus dem Bereich der depressiven Störungsbilder. 30% der Befragten waren Patienten auf der Station für Persönlichkeitsstörungen und Traumafolgestörungen. 42,8% dieser Patienten zeigten als Hauptdiagnose ebenfalls eine affektive Erkrankung, 28,6% waren mit einer posttraumatischen Belastungsstörung bzw. einer Anpassungsstörung diagnostiziert und 23,8% litten unter einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung bzw. einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. 11,4% der Studienteilnehmer besuchten die Tagesklinik; hier stellten ebenfalls depressive Krankheitsbilder den Großteil der Diagnosen. Die Patienten der Adoleszenztagesklinik machten 14,3% der Befragten aus; Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen bildeten hier zu gleichen Teilen die Hauptdiagnosen.

Für die Fragestellung von besonderem Interesse war die Anzahl der Voraufenthalte in psychiatrischen Kliniken: 28,6% der Patienten (20 Personen) waren laut eigener Angabe noch nie zuvor in stationärer oder teilstationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Davon waren 25% (5 Personen) Patienten der Adoleszenztagesklinik. 38,6% der Befragten waren vor der aktuellen Behandlung bereits ein bis fünf Mal in einer psychiatrischen Klinik gewesen und 32,9% gaben an, dass sie bereits mehr als fünf Mal auf einer Station oder Tagesklinik in Behandlung gewesen waren. Es ergaben sich also drei annähernd gleich starke Gruppen, die in Bezug auf die Fragestellung gut miteinander verglichen werden konnten.

Die Befunde über die Voraufenthalte spiegeln sich auch in der Anzahl aller Wochen, die bis dahin in Behandlung in einer psychiatrischen Klinik verbracht wurden, wider. Der Median liegt bei 12 Wochen, zugleich gaben 34,8% der Patienten an, dass sie in ihrem Leben noch keine komplette Woche stationär oder teilstationär in Behandlung gewesen waren. Dem gegenüber steht eine Patientengruppe von 14,5%, die angab, in ihrem Leben bereits über 50 Wochen in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung gewesen zu sein.

58,6% der Patienten waren direkt aufgenommen worden, 41,4% waren Übernahmen von anderen Stationen oder Tageskliniken innerhalb der Klinik. Der Median der bisherigen Dauer des aktuellen Aufenthaltes liegt dennoch bei 4 Tagen, was dafür spricht, dass die Übernahmen zumeist direkt nach Aufnahme in die Klinik erfolgten und das angestrebte Ziel, die Patienten das erste Mal kurz nach ihrer Aufnahme in die Klinik zu befragen, erreicht wurde.

3.2 Interne Konsistenz der Instrumente

Die interne Konsistenz des von uns adaptierten Fragebogens des Modells der In-Group-Identifikation nach Leach et al. (2008) war mit einem Cronbachs Alpha von 0,90 sehr gut. Auch die beiden Dimensionen des zweidimensionalen Modells zeigten mit $\alpha=0,92$ für Self-Definition und $\alpha=0,84$ für Self-Investment eine gute interne Konsistenz. Die einzelnen Subskalen wiesen ebenfalls sehr zufriedenstellende Werte für Cronbachs Alpha auf: Zentralität $\alpha=0,82$, Solidarität $\alpha=0,82$, individuelle Selbststereotypisierung $\alpha=0,91$ und Eigengruppenhomogenität $\alpha=0,86$. Aufgrund der oben erwähnten Entfernung von Items der Subskala „Zufriedenheit“ reichte die Anzahl der Items zur Bestimmung der internen Konsistenz dieser Subskala nicht aus. Die gute interne Konsistenz des gesamten zweidimensionalen Modells zeigt jedoch, dass dies der Reliabilität des Fragebogens keinen Abbruch tat.

Die interne Konsistenz zeigte sich damit vergleichbar mit anderen Arbeiten zum Modell der In-Group-Identifikation: Bei der Validierung der deutschen Übersetzung von Roth et al. zeigen sich für Cronbachs Alpha mit einer Stichprobe deutscher Studenten ähnliche Werte: So errechnen sich für „Studenten der Universität Hagen“ als In-Group für Zentralität $\alpha=0,82$, Solidarität $\alpha=0,79$, individuelle Selbststereotypisierung $\alpha=0,88$, Zufriedenheit $\alpha=0,87$ und Eigengruppenhomogenität $\alpha=0,83$. Auch Nationalität und Geschlecht als eingesetzte In-Group ergaben jeweils ähnliche Alpha-Werte (Roth & Mazziotta, 2015).

Lovakov et al. wandten die Skala in einer russischen Übersetzung auf eine Stichprobe russischer Studenten an und erhielten für russische Nationalität, orthodoxe Christen, Studenten und männliches bzw. weibliches Geschlecht als jeweilige In-Group vergleichbare Werte. Aufgeführt sind stellvertretend die Werte für russische Nationalität als eingesetzte In-Group: Zentralität $\alpha=0,89$, Solidarität $\alpha=0,90$, individuelle Selbststereotypisierung $\alpha=0,91$, Zufriedenheit $\alpha=0,93$ und Eigengruppenhomogenität $\alpha=0,77$ (Lovakov, Agadullina, & Osin, 2015).

Tabelle 1: Werte für Cronbachs Alpha für die Subskalen des Modells der In-Group-Identifikation nach Leach et al. im Vergleich mit zwei anderen Studien, die das Modell auf andere Stichproben jeweils eine andere In-Group anwandten. Es zeigt sich, dass die interne Konsistenz in allen drei Studien vergleichbar ist.

Subskala der Gruppenidentifikation	In-Group psychisch krank (eigene Stichprobe)	In-Group Studenten der Universität Hagen (Roth et al.)	In-Group russische Nationalität (Lovakov et al.)
Zentralität	$\alpha=0,82$	$\alpha=0,82$	$\alpha=0,89$
Solidarität	$\alpha=0,82$	$\alpha=0,79$	$\alpha=0,90$
Individuelle Selbststereotypisierung	$\alpha=0,91$	$\alpha=0,88$	$\alpha=0,91$
Zufriedenheit	-	$\alpha=0,87$	$\alpha=0,93$
Eigengruppenhomogenität	$\alpha=0,86$	$\alpha=0,83$	$\alpha=0,77$

Eine gute interne Konsistenz lässt sich ebenso für die anderen von uns verwendeten Instrumente feststellen. So errechneten wir bei der Skala zur sozialen Distanz ein Cronbachs Alpha von 0,80. Die Subskalen der SSMIS wiesen mit folgenden Werten eine gute interne Konsistenz auf: Stereotype Awareness/SSMI1 $\alpha=0,90$, Agreement/SSMI2 $\alpha=0,82$, Application/SSMI3 $\alpha=0,71$ und Harm to Self-esteem/SSMI4 $\alpha=0,80$. Der gesamte Fragebogen war ebenfalls in sich konsistent, Cronbachs Alpha lag hier bei 0,90. Auch die Subskalen des ISMI wiesen gute Alpha-Werte auf: Entfremdung $\alpha=0,76$, Übernahme von Stereotypen $\alpha=0,66$, Diskriminierungserfahrungen $\alpha=0,82$, sozialer Rückzug $\alpha=0,82$. Nur die fünf Items der Subskala Stigmaresistenz zeigten mit $\alpha=0,45$ eine schlechte interne Konsistenz. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich für Stigmaresistenz in anderen Studien (Chang, Wu, Chen, Wang, & Lin, 2014). Da diese Subskala zudem wie oben beschrieben nicht zur Erfassung der Selbststigmatisierung beiträgt, wurde sie in unseren Berechnungen nicht verwendet. Der gesamte Fragebogen zeigte hingegen mit $\alpha=0,90$ eine exzellente interne Konsistenz. Damit lässt sich feststellen, dass die etablierten Instrumente auch in dieser Stichprobe eine hohe interne Konsistenz aufweisen.

3.3 Überprüfung der ersten Hypothese

Wie oben beschrieben besagte die erste Hypothese, dass eigene stigmatisierende Haltungen und eigene Stereotype gegenüber psychisch Kranken mit einem hohen Maß an Selbststigmatisierung assoziiert sind, wenn die Betroffenen sich mit der Gruppe der psychisch Kranken identifizieren.

Um dies zu überprüfen, ermittelten wir zunächst den Zusammenhang zwischen dem 2. Abschnitts des SSMI/Agreement („SSMI 2“) und dem 3. Teil des SSMI/Application („SSMI 3“). Wir kontrollierten für Alter, Geschlecht, Grad an Schulbildung und Symptomschwere, welche wir mit dem BSI-18 maßen. In der linearen Regression zeigte sich ein signifikanter positiver Beitrag des SSMI2 für die Ausprägung des SSMI3 ($p=0,001$, Beta des SSMI2= 0,39). In der Regressionsdiagnostik zeigte sich der Breusch-Pagan-Test signifikant für Heteroskedastizität ($\text{Chi}^2=8,22$, $p=0,004$), daher führten wir statt der linearen eine robuste Regression durch. Die Testaussage wurde dadurch nicht beeinträchtigt, die Signifikanztests veränderten sich nur unwesentlich (Regressionskoeffizient des SSMI2 in der robusten Regression= 0,352, $p=0,008$). Weitere Ausführungen zur Regressionsdiagnostik und zu den Ergebnissen der robusten Regressionen finden sich im Anhang (S.79).

Auch für die Ausprägung des ISMI lieferte der SSMI2 einen signifikanten positiven Beitrag ($p=0,036$, Beta des SSMI2 in der Regression= $0,24$). Hier zeigten sich in der Regressionsdiagnostik keine Auffälligkeiten, sodass die lineare Regression in dieser Ausführung belassen werden konnte. Der Zusammenhang zwischen eigenem Stigma und Selbststigmatisierung lässt sich also unter Verwendung des SSMI2 als unabhängige Variable sowohl für den SSMI3 als auch für den ISMI als abhängige Variable und auch unter Berücksichtigung eventuell konfundierender Variablen wie der Symptomschwere bestätigen.

Verwendet man für eigene stigmatisierende Haltungen die soziale Distanz-Skala, zeigt sich, dass kein Zusammenhang mit der Ausprägung der Selbststigmatisierung feststellbar ist: das Beta beläuft sich für den SSMI3 auf $0,08$ bei einem p-Wert von $0,48$, für den ISMI auf $0,06$ bei einem p-Wert von $0,57$. Die eigenen stigmatisierenden Haltungen, gemessen an der Bereitschaft, mit psychisch Kranken in Kontakt zu treten, scheinen also im Gegensatz zu den eigenen Stereotypen nicht signifikant mit Selbststigmatisierung zusammenzuhängen. Die Regressionsdiagnostik für den Zusammenhang der sozialen Distanz-Skala mit dem ISMI zeigte sich unauffällig, die Regression zum Zusammenhang der sozialen Distanz-Skala und dem SSMI3 hingegen zeigte Anzeichen für Heteroskedastizität, sodass wir wiederum eine robuste Regression durchführten. Die Testaussage änderte sich dadurch auch in dieser Analyse nicht: Regressionskoeffizient der sozialen Distanz-Skala= $0,071$, $p=0,370$ (siehe Anhang S.79/80).

Tabelle 2: Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen zum Beitrag der eigenen stigmatisierenden Haltungen (repräsentiert durch SSMI2, soziale Distanz-Skala) auf Ausprägung der Selbststigmatisierung (SSMI3, ISMI) mit den wichtigsten Kennzahlen und Testgütekriterien, kontrolliert jeweils für Symptomschwere, Alter, Geschlecht und Schulbildung. Signifikante Ergebnisse fett gedruckt. Es wird deutlich, dass die soziale Distanz-Skala keinen signifikanten auf die Ausprägung der Instrumente der Selbststigmatisierung hat, während der SSMI2 einen deutlichen Beitrag leistet.

	SSMI3				ISMI			
	Beta	p-Wert	Beta	p-Wert	Beta	p-Wert	Beta	p-Wert
SSMI2	0,390	0,001	-		0,240	0,036	-	-
Soziale Distanz	-	-	0,090	0,477	-	-	0,064	0,573
Symptom-schwere	0,135	0,238	0,192	0,128	0,420	<0,001	0,456	<0,001
Alter	-0,209	0,083	-0,265	0,034	-0,008	0,944	-0,043	0,712
Geschlecht	0,111	0,925	-0,667	0,595	0,287	0,012	0,241	0,036
Schulbildung	0,142	0,239	0,194	0,136	0,001	0,994	0,032	0,783
p-Wert	0,004		0,206		<0,001		0,001	
Adjustiertes R ²	0,181		0,036		0,270		0,128	

Zur Überprüfung der ersten Hypothese ist es zudem nötig, den positiven Zusammenhang von Selbstidentifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken und der Selbststigmatisierung nachzuweisen. Mittels einer linearen Regression wurde jeweils der Beitrag der Selbstidentifikationsitems nach Leach et al. auf die Ausprägung des SSMI3 und des ISMI bestimmt. Auch hierbei wurde für Symptomschwere, Geschlecht, Alter und Schulbildung der Patienten kontrolliert. In der Regressionsdiagnostik für die Regression mit Einsatz des ISMI als abhängige Variable zeigten sich sowohl der Breusch-Pagan- als auch der White-Test für Heteroskedastizität signifikant, sodass wiederum eine robuste Regression durchgeführt wurde. Es zeigte sich, dass die Gruppenidentifikation für die Ausprägung des ISMI in dieser Regression einen signifikanten positiven Beitrag leistet (Regressionskoeffizient=0,161, $p=0,032$). Auch in der Regressionsdiagnostik für die Regression mit dem SSMI3 als abhängige Variable zeigte sich im Breusch-Pagan-Test Heteroskedastizität, sodass auch hier eine robuste Regression gerechnet wurde. Diese ergab, dass zwischen Gruppenidentifikation und SSMI3 kein signifikanter Zusammenhang besteht. Es lässt sich zusammenfassend feststellend, dass Patienten mit einem höheren Score in den Gruppenidentifikationsitems signifikant höhere Werte im ISMI aufweisen.

Tabelle 3: Ergebnisse der robusten Regressionen zum Zusammenhang zwischen Gruppenidentifikationsitems nach Leach et al. und Selbststigmatisierung (repräsentiert durch SSMI3, ISMI) mit den wichtigsten Kennzahlen und Testgütekriterien, kontrolliert jeweils für Symptomschwere, Alter, Geschlecht und Schulbildung. Signifikante Ergebnisse fett gedruckt. Coef.=Regressionskoeffizient. Es wird ersichtlich, dass die Gruppenidentifikationsitems in keinem signifikanten Zusammenhang mit dem SSMI3, wohl aber mit dem ISMI stehen.

	SSMI3		ISMI	
	Coef.	p-Wert	Coef.	p-Wert
Gruppenidentifikationsitems	-0,002	0,980	0,161	0,032
Symptomschwere	0,007	0,182	0,014	0,007
Alter	-0,010	0,070	-0,003	0,425
Geschlecht	-0,084	0,548	0,234	0,063
Schulbildung	0,142	0,101	0,033	0,650
p-Wert	0,2422		<0,001	
R ²	0,103		0,315	

3.4 Überprüfung der zweiten Hypothese

Um die zweite Hypothese zu prüfen, ermittelten wir mithilfe einer linearen Regression den Zusammenhang der eigenen stigmatisierenden Haltungen und eigenen Stereotype mit der Selbstidentifikation mit der Gruppe. Ein signifikanter negativer Zusammenhang zeigte sich unter Verwendung der sozialen Distanz-Skala als Instrument für die eigenen stigmatisierenden

Haltungen ($p=0,040$, Beta der sozialen Distanz-Skala= $-0,240$). Wir kontrollierten auch hier für Symptomschwere, Geschlecht, Alter und Schulbildung der Patienten. Da sich in der Regressionsdiagnostik Zeichen für Heteroskedastizität und mangelnde Normalverteilung der Residuen zeigten, führten wir eine robuste Regression durch, die keine Änderung der Testaussage ergab (siehe Anhang S.81/82).

Der SSMI2 leistete als Variable für eigene negative Stereotype keinen signifikanten Beitrag für die Ausprägung der Selbstidentifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken (Beta= $-0,166$, $p=0,162$). Auch in dieser Regression kontrollieren wir für Symptomschwere, Alter, Geschlecht und Schulbildung. Die Regressionsdiagnostik ergab, dass auch in diesem Test keine Normalverteilung der Residuen vorlag und zudem der Breusch-Pagan-Test für Heteroskedastizität signifikant wurde. Deswegen arbeiteten wir auch hier mit einer robusten Regression, welche keine relevanten Änderungen der Testaussage hervorbrachte: Regressionskoeffizient des SSMI2= $0,215$, $p=0,151$ (siehe Anhang S.82).

Tabelle 4: Ergebnisse der linearen Regressionen zum Zusammenhang der eigenen stigmatisierenden Haltungen und eigenen Stereotype (repräsentiert durch die soziale Distanz-Skala und den SSMI2) mit den Gruppenidentifikationsitems nach Leach et al. mit den wichtigsten Kennzahlen und Testgütekriterien. Kontrolliert wurde einerseits für Symptomschwere und soziodemographische Variablen, andererseits für potentiell die Selbstidentifikation beeinflussende Variablen. Signifikante Ergebnisse fett gedruckt. Die Tabelle verdeutlicht, dass die soziale Distanz-Skala einen signifikanten negativen Beitrag auf die Ausprägung der Gruppenidentifikationsitems hat. Für den SSMI2 hingegen lässt sich kein negativer Zusammenhang mit den Gruppenidentifikationsitems belegen.

	Gruppenidentifikationsitems							
	Beta	p-Wert	Beta	p-Wert	Beta	p-Wert	Beta	p-Wert
Soziale Distanz	-0,240	0,040	-0,308	0,021	-	-	-	-
SSMI2	-	-	-	-	-0,166	0,162	-0,140	0,270
Symptom-schwere	0,349	0,003	-	-	0,408	0,001	-	-
Alter	0,214	0,072	-	-	0,170	0,160	-	-
Geschlecht	0,099	0,390	-	-	0,085	0,474	-	-
Schulbildung	-0,029	0,806	-	-	-0,018	0,836	-	-
Kontakt	-	-	-0,035	0,786	-	-	0,046	0,716
Internetforen	-	-	0,096	0,420	-	-	0,163	0,181
p-Wert	0,002		0,054		0,006		0,338	
Adjustiertes R ²	0,198		0,067		0,231		0,006	

Die linearen Regressionen wurden auch unter Verwendung von konfundierenden Variablen durchgeführt, von denen wir angenommen hatten, dass sie mit der Selbstidentifikation mit der Gruppe zusammenhängen könnten. Dazu zählte der Kontakt zu psychisch Kranken und Besuch von erkrankungsspezifischen Internetforen. Die ursprünglich ordinal skalierten Variablen wurden für die Verwendung in der Regression dichotomisiert. Der Beitrag der sozialen Distanz-Skala für die Ausprägung der Gruppenidentifikation blieb in dieser Regression zwar signifikant

(Beta= -0,308, $p=0,021$), jedoch wiesen beide Regressionen unter Kontrolle für diese Variablen schlechte Testgütekriterien auf: der p-Wert war jeweils nicht signifikant und das adjustierte R^2 lag bei 0,067 bzw. 0,006. Damit ist die Aussagekraft dieser Modelle eher gering. Zudem zeigte der SSMI2 unter Kontrolle für diese Variablen keinen signifikanten Zusammenhang mit der Gruppenidentifikation (Beta= -0,140, $p=0,270$). Beide Tests erfüllten die Kriterien der Regressionsdiagnostik, sodass die Regressionsanalysen in dieser Form belassen wurden.

3.5 Überprüfung der dritten Hypothese

Die dritte Hypothese besagt, dass der Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung die Selbstidentifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken erhöht.

Die Selbstidentifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken wurde wie oben beschrieben durch die Selbstidentifikationsitems nach Leach et al. erfasst. Der Veränderung des Mittelwertes des Gesamtscores vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt wurde mithilfe eines T-Tests für verbundene Stichproben ermittelt. Dieser zeigt den Trend, dass der Mittelwert zwischen den beiden Messzeitpunkten sinkt (3,58 zu 3,46). Entgegen der Hypothese sinkt die Selbstidentifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken also über die Dauer des Aufenthaltes, dieser Effekt wird jedoch nur fast signifikant ($p=0,056$). Ähnliches gilt auch für Patienten, die zum ersten Mal in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung sind und von denen wir zuvor angenommen hatten, dass die Steigerung der Selbstidentifikation mit der Gruppe am größten ausfallen dürfte. Bei dieser Gruppe sinkt der Mittelwert nicht signifikant von 3,40 auf 3,35, $p=0,340$. Dagegen zeigt sich, dass der Mittelwert der Selbstidentifikationsitems bei der Patientengruppe mit ein bis fünf Voraufenthalten vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt signifikant sinkt (3,58 zu 3,42, $p=0,009$). Das lässt darauf schließen, dass sich Patienten mit einer moderaten Anzahl an Voraufenthalten im Laufe eines erneuten stationären Aufenthaltes immer weniger mit der Gruppe der psychisch Kranken identifizieren.

Tabelle 5: T-Test für verbundene Stichproben zur Veränderung der Gruppenidentifikation zwischen dem ersten und dem zweiten Befragungszeitpunkt, gesamt und aufgeschlüsselt für drei Patientengruppen nach Anzahl der Voraufenthalte. t1= Zeitpunkt der ersten Befragung, t2= Zeitpunkt der zweiten Befragung. Signifikante Ergebnisse fett gedruckt. Es zeigt sich, dass die Gruppenidentifikation tendenziell abnimmt, jedoch wird die Abnahme nur bei der Patientengruppe mit ein bis fünf Voraufenthalten signifikant.

	Mittelwert t1	Mittelwert t2	Differenz t1 zu t2	p-Wert der Alternativhypothese (Differenz>0)
Gesamt	3.576	3,456	0,118	0,056
Keine Voraufenthalte	3,403	3,347	0,057	0,337
Ein bis fünf Voraufenthalte	3,678	3,424	0,254	0,009
Über fünf Voraufenthalte	3,615	3,650	-0,035	0,584

3.6 Überprüfung der vierten Hypothese

Die vierte Hypothese besagt, dass eine erhöhte Gruppenidentifikation mit einem geringeren Stigma und geringer ausgeprägten eigenen Stereotypen assoziiert ist und der Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung so zum Abbau stigmatisierender Haltungen gegenüber psychisch Kranken und damit zum Abbau von Selbststigmatisierung führt.

Um den negativen Zusammenhang von Gruppenidentifikation und eigenem Stigma nachzuweisen, berechneten wir mit einer linearen Regression den Beitrag der Gruppenidentifikationsitems nach Leach et al. auf die Ausprägung der sozialen Distanz-Skala und den SSMI2. Auch hier kontrollierten wir für Symptomschwere, Geschlecht, Alter und Schulbildung. Es stellte sich heraus, dass die Gruppenidentifikation mit einem Beta von -0,195 negativ zur Ausprägung des SSMI2 beiträgt, dies wird jedoch nicht signifikant ($p=0,162$). Der p-Wert von 0,100 für das gesamte Modell zeigt zudem, dass die Aussagekraft des Modells eingeschränkt ist. Da das Modell in der Regressionsdiagnostik sowohl optisch als auch in statistischen Tests deutliche Zeichen von Heteroskedastizität zeigte und auch die Residuen nicht normalverteilt waren, führten wir eine robuste Regression durch, deren Ergebnisse die Testaussage nicht veränderten (siehe Anhang S.84).

Für die Ausprägung der sozialen Distanz-Skala lieferten die Identifikationsitems ebenfalls einen negativen Beitrag (Beta= -0,284), der zudem signifikant wurde ($p=0,040$). Der p-Wert des Modells ist mit 0,148 jedoch nicht signifikant, die Aussagekraft des Modells ist daher gering.

In der Regressionsdiagnostik zeigten sich keine Auffälligkeiten, sodass das Modell in dieser Form belassen wurde (siehe Anhang S.84/85).

Tabelle 6: Ergebnisse der multiplen linearen Regressionen zum Zusammenhang zwischen Gruppenidentifikationsitems nach Leach et al. und eigenen stigmatisierenden Haltungen (repräsentiert durch soziale Distanz-Skala und SSMI2) mit den wichtigsten Kennzahlen und Testgütekriterien, kontrolliert jeweils für Symptomschwere, Alter, Geschlecht und Schulbildung. Signifikante Ergebnisse fett gedruckt. Es wird deutlich, dass die Gruppenidentifikationsitems keinen signifikanten Beitrag für die Ausprägung des SSMI2 leisten. Für die Ausprägung der sozialen Distanz-Skala ist ein deutlicher, negativer Beitrag vorhanden, die Testgüte reicht jedoch mit p-Wert von 0,148 nicht aus, um eine sichere Aussage zu treffen.

	SSMI2		Soziale Distanz-Skala	
	Beta	p-Wert	Beta	p-Wert
Gruppenidentifikationsitems	-0,195	0,162	-0,284	0,040
Symptomschwere	0,181	0,182	-0,062	0,640
Alter	-0,084	0,526	0,156	0,233
Geschlecht	-0,199	0,120	-0,064	0,609
Schulbildung	0,139	0,284	0,047	0,710
p-Wert	0,100		0,148	
R ²	0,025		0,124	

Um zu überprüfen, ob die eigenen stigmatisierenden Haltungen über die Dauer des Aufenthaltes abnehmen, verglichen wir mithilfe von T-Tests für verbundene Stichproben die Mittelwerte der sozialen Distanz-Skala und des SSMI2. Es zeigt sich, dass der Mittelwert der sozialen Distanz-Skala entgegen unserer Hypothese vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt zunimmt (2,204 zu 2,261), diese Zunahme ist mit einem p-Wert von 0,292 jedoch nicht signifikant. Der Mittelwert des SSMI2 nimmt jedoch signifikant zu (1,703 zu 1,839, $p=0,032$). Es lässt sich also konstatieren, dass die eigenen negativen Stereotype gegenüber psychisch Kranken über die Dauer des Aufenthaltes an Stärke gewinnen.

Zudem lässt sich feststellen, dass die Zunahme des eigenen Stigmas bei den Patienten, die zuvor noch nie in einer psychiatrischen Klinik waren, am stärksten ausgeprägt war. Bei ihnen ist im SSMI2 im Mittel eine Zunahme von 0,22 Punkten zu verzeichnen (1,73 zu 1,95), dieser Trend wird fast signifikant ($p=0,082$). Dagegen fällt die Zunahme des eigenen Stigmas bei Patienten mit ein bis fünf Voraufenthalten ($p=0,11$) und bei Patienten mit mehr als fünf Voraufenthalten ($p=0,35$) geringer aus und wird eindeutig nicht signifikant.

Tabelle 7: T-Test für verbundene Stichproben zur Veränderung der eigenen stigmatisierenden Haltungen bzw. der eigenen Stereotype (repräsentiert durch soziale Distanz-Skala und SSMI2) zwischen dem ersten und dem zweiten Befragungszeitpunkt, gesamt und aufgeschlüsselt für drei Patientengruppen nach Anzahl der Voraufenthalte. Signifikante Werte fett gedruckt. t1=Zeitpunkt der ersten Befragung, t2= Zeitpunkt der zweiten Befragung. Es zeigt sich, dass die eigenen negativen Stereotype über den Befragungszeitraum insgesamt eher zunehmen; ein signifikantes Ergebnis zeigt jedoch nur der T-Test des SSMI2 über die gesamte Stichprobe.

		Mittelwert t1	Mittelwert t2	Differenz t1 zu t2	p-Wert (Differenz<0 bzw. Diff. >0 für positive Differenz)
SSMI2	Gesamt	1,703	1,839	-0,136	0,032
	Keine Voraufenthalte	1,731	1,950	-0,219	0,082
	Ein bis fünf Voraufenthalte	1,650	1,775	-0,126	0,109
	Über fünf Voraufenthalte	1,762	1,815	-0,054	0,355
Soziale Distanz-Skala	Gesamt	2,204	2,261	-0,056	0,292
	Keine Voraufenthalte	2,250	2,232	0,018	0,445
	Ein bis fünf Voraufenthalte	2,213	2,214	-0,084	0,269
	Über fünf Voraufenthalte	2,275	2,374	-0,099	0,373

T-Tests für verbundene Stichproben für den SSMI3 und ISMI zeigen, dass die Selbststigmatisierung zwischen den beiden Messpunkten sinkt, allerdings bei keinem der eingesetzten Instrumente signifikant: Bei Verwendung des SSMI3 zeigte sich eine Abnahme des Mittelwertes von 1,70 zu 1,65 bei einem p-Wert von 0,28; bei Repräsentation der Selbststigmatisierung durch Items des ISMI konnte lediglich in der Patientengruppe mit ein bis fünf bisherigen Aufenthalten eine signifikante Abnahme der Selbststigmatisierung beobachtet werden (2,31 zu 2,18, $p=0,049$). Der T-Test für die gesamte Stichprobe zeigt für den ISMI hingegen ein ähnliches Ergebnis wie für die anderen Instrumente: Abnahme des Mittelwertes von 2,17 zu 2,12, $p=0,171$. Eine signifikante Abnahme der Selbststigmatisierung ist demnach über die Dauer des Aufenthaltes nicht zu verzeichnen.

Tabelle 8: T-Test für verbundene Stichproben zur Veränderung der Selbststigmatisierung (repräsentiert durch den SSMI3 und den ISMI) zwischen dem ersten und dem zweiten Befragungszeitpunkt, gesamt und aufgeschlüsselt für drei Patientengruppen nach Anzahl der Voraufenthalte. Signifikante Ergebnisse fett gedruckt. Es zeigt sich, dass das Ausmaß der Selbststigmatisierung über den Befragungszeitraum insgesamt stabil bleibt, lediglich in der Patientengruppe mit ein bis fünf Voraufenthalten zeigt sich eine signifikante Abnahme des Mittelwertes des ISMI.

		Mittelwert t1	Mittelwert t2	Differenz t1 zu t2	p-Wert (p-Wert für Differenz < 0 für negative Differenzen und für Differenz > 0 für positive Differenzen)
SSMI3	Gesamt	1,704	1,652	0,052	0,277
	Keine Voraufenthalte	1,613	1,581	0,031	0,440
	Ein bis fünf Voraufenthalte	1,783	1,718	0,065	0,310
	Über fünf Voraufenthalte	1,677	1,623	0,054	0,298
ISMI	Gesamt	2,177	2,128	0,051	0,171
	Keine Voraufenthalte	1,964	1,979	-0,157	0,431
	Ein bis fünf Voraufenthalte	2,311	2,179	0,132	0,049
	Über fünf Voraufenthalte	2,202	2,221	-0,019	0,429

Zur Überprüfung der vierten Hypothese muss abschließend untersucht werden, ob zwischen der Veränderung der eigenen stigmatisierenden Haltungen über die Dauer des Aufenthaltes und der Veränderung der Selbststigmatisierung ein Zusammenhang besteht, ob diese beiden Größen also miteinander korrelieren. Wir erstellten aus den Gesamtscores der sozialen Distanz-Skala, dem SSMI2, SSMI3 und ISMI Variablen, die die Veränderung der jeweiligen Größe über die Dauer des Aufenthaltes abbilden. Dazu wurde der durchschnittliche Score des jeweiligen Instruments zum ersten Befragungszeitpunkt vom durchschnittlichen Score zum zweiten Befragungszeitpunkt subtrahiert. Aufgrund der geringen Größe der Stichprobe führten wir einen Shapiro-Wilk-Test durch, um auf Normalverteilung der Variablen zu testen. Es zeigte sich, dass nicht alle Größen normalverteilt waren, sodass wir von einem Korrelationstest nach Pearson absahen und stattdessen einen Korrelationstest nach Spearman durchführten. Weitere Ausführungen zum Shapiro-Wilk-Test finden sich im Anhang (S.85).

In untenstehender Tabelle sind die Ergebnisse der Korrelationstests nach Spearman abgebildet. Es zeigt sich, dass die Veränderung der sozialen Distanz weder mit der Veränderung des SSMI3 noch mit der Veränderung des ISMI korreliert. Die Veränderung des zweiten Teils des SSMI jedoch korreliert mit den Veränderungsvariablen beider Instrumente für Selbststigmatisierung. Es lässt sich unter Verwendung des SSMI2 als Instrument für eigene stigmatisierende Haltungen also bestätigen, dass die Veränderung der eigenen negativen Stereotype mit der der Selbststigmatisierung korreliert.

Tabelle 9: Ergebnisse der Korrelationstests nach Spearman zwischen Instrumenten für eigene stigmatisierende Haltungen/eigene Stereotype und Selbststigmatisierung. Signifikante Ergebnisse fett gedruckt. Es zeigt sich, dass die Veränderung des SSMI2 als Instrument zur Erfassung eigener negativer Stereotype signifikant mit der Veränderung des SSMI3 und des ISMI korreliert.

Korrelation zwischen Veränderung von	Observationen	Spearman's rho	p-Wert
Sozialer Distanz und SSMI3	51	0,209	0,142
Sozialer Distanz und ISMI	51	0,119	0,406
SSMI2 und SSMI3	52	0,326	0,019
SSMI2 und ISMI	52	0,300	0,031

3.7 Weitere Ergebnisse

Die Probanden wurden im Rahmen der Studie auch nach Faktoren gefragt, die das Ausmaß an Kontakt zu Mitpatienten und damit möglicherweise das Ausmaß an Identifikation mit der Gruppe beeinflussen. So gingen wir davon aus, dass Patienten, die rauchen, dabei leichter mit anderen Patienten in Kontakt kommen als Nichtraucher und erfragten daher das Rauchverhalten der Patienten. Es zeigte sich, dass genau zwei Drittel (66,67%) der Patienten unserer Stichprobe Raucher waren. Zudem erachteten wir es für wichtig, zu erfragen, ob Patienten ein Einzelzimmer beziehen, da man im Zwei- oder Mehrbettzimmer zwangsläufig enger mit anderen Patienten in Kontakt kommt als im Einzelzimmer. Zum ersten Befragungszeitpunkt bezogen 41,51% der vollstationären Patienten ein Einzelzimmer, zum Zeitpunkt der zweiten Befragung gaben 28,95% der vollstationären Patienten an, ein Einzelzimmer zu beziehen. Interessant in Bezug auf diese Größen ist ihr Zusammenhang mit der Ausprägung von Gruppenidentifikation und eigenen stigmatisierenden Haltungen im Verlauf des Aufenthalts. Um dies zu bestimmen, berechneten wir multiple lineare Regressionen und kontrollierten erneut für den Beitrag von soziodemographischen Variablen wie Alter, Geschlecht und Schulbildung.

Tabelle 10: Ergebnisse der linearen Regressionen zum Beitrag von Rauchverhalten und Bezug eines Einzelzimmers auf die Ausprägung der Identifikation mit der Gruppe zum zweiten Befragungszeitpunkt, repräsentiert durch die Gruppenidentifikationsitems nach Leach et al. mit den wichtigsten Kennzahlen und Testgütekriterien. Kontrolliert wurde für soziodemographische Variablen, signifikante Ergebnisse fett gedruckt. t2 – Zeitpunkt der zweiten Befragung.

	Gruppenidentifikation t2			
	Beta	p-Wert	Beta	p-Wert
Rauchen	0,257	0,209	-	-
Einzelzimmer	-	-	-0,316	0,070
Alter	0,447	0,003	0,457	0,007
Geschlecht	0,052	0,706	-0,035	0,825
Schulbildung	-0,181	0,214	-0,403	0,025
p-Wert	0,047		0,025	
Adjustiertes R ²	0,120		0,203	

In den Berechnungen zeigt sich, dass das Rauchverhalten der Patienten kein signifikanter unabhängiger Prädiktor für die Ausprägung der Gruppenidentifikation zum zweiten Befragungszeitpunkt ist. Dieses Regressionsmodell kann allerdings mit einem adjustierten R² von 0,120 nur wenig Varianz der abhängigen Variable aufklären. Die Güte des Modells muss also kritisch betrachtet werden. Interessanterweise zeigt sich, dass das Alter der Patienten in diesem Modell mit dem Ausmaß an Gruppenidentifikation assoziiert ist: Patienten mit einem höheren Lebensalter scheinen sich mit der Gruppe der psychisch Kranken stärker zu identifizieren als jüngere Patienten.

Die Berechnungen zeigen ebenso den Trend, dass sich der Bezug eines Einzelzimmers tatsächlich negativ auf die Identifikation mit der Gruppe zum späteren Befragungszeitpunkt auswirkt, wenn auch dieser Effekt nicht signifikant wird. Bemerkenswert ist zudem, dass das Ausmaß von Gruppenidentifikation mit der Schulbildung der Probanden zusammenhängt: Die Aufschlüsselung der Variable Schulbildung zeigt, dass eine höhere Schulbildung nach vier Wochen Aufenthaltsdauer mit einer geringeren Identifikation mit der Gruppe assoziiert ist.

Um den Beitrag von Rauchverhalten und Bezug eines Einzelzimmers auf die Ausprägung der eigenen stigmatisierenden Haltungen zum zweiten Befragungszeitpunkt zu bestimmen, wurden ebenso multiple lineare Regression gerechnet, in denen der zweite Teil des SSMI und die soziale Distanz-Skala die abhängigen Variablen darstellen. Auch hier kontrollierten wir für Alter, Geschlecht und Schulbildung.

Tabelle 11: Ergebnisse der linearen Regressionen zum Beitrag von Rauchverhalten und Bezug eines Einzelzimmers auf die Ausprägung der eigenen stigmatisierenden Haltungen zum zweiten Befragungszeitpunkt (repräsentiert durch den zweiten Teil des SSMI (SSMI2) und die soziale Distanz-Skala) mit den wichtigsten Kennzahlen und Testgütekriterien. Kontrolliert wurde für soziodemographische Variablen, signifikante Ergebnisse fett gedruckt. t2 – Zeitpunkt der zweiten Befragung.

	SSMI2 t2				Soziale Distanz t2			
	Beta	p-Wert	Beta	p-Wert	Beta	p-Wert	Beta	p-Wert
Rauchen	-0,026	0,869	-	-	0,056	0,727	-	-
Einzelzimmer	-	-	-0,206	0,261	-	-	0,385	0,044
Alter	-0,047	0,769	-0,316	0,069	-0,395	0,808	-0,424	0,019
Geschlecht	0,007	0,961	-0,078	0,650	0,003	0,983	-0,810	0,638
Schulbildung	0,029	0,853	0,146	0,423	0,161	0,324	0,376	0,053
p-Wert	0,998		0,195		0,904		0,076	
Adjustiertes R ²	-0,086		0,064		-0,066		0,134	

Die Modelle, in denen der SSMI die abhängige Variable darstellt, weisen schlechte Testgütekriterien auf. Zudem scheinen Rauchverhalten und Bezug eines Einzelzimmers in diesem Modell nicht signifikant zur Ausprägung des SSMI2 zum zweiten Befragungszeitpunkt beizutragen.

Auch die Analysen, in denen die soziale Distanz-Skala die abhängige Variable darstellt, weisen schlechte Testgütekriterien auf. Mit einem p-Wert von 0,076 wird das Modell, das Bezug eines Einzelzimmers als unabhängigen Prädiktor einschließt, zumindest fast signifikant. Auffällig ist, dass nicht nur der Bezug eines Einzelzimmers in dem Modell einen signifikanten Beitrag zu leisten scheint, sondern auch das Alter der Patienten: Ein höheres Lebensalter ist mit einer niedrigeren Ausprägung der sozialen Distanz zum zweiten Befragungszeitpunkt assoziiert. Ältere Patienten scheinen also eine geringere soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken zu haben als jüngere. Analog zu obiger Regression mit Einzelzimmer als unabhängiger und Gruppenidentifikation als abhängiger Variable lässt sich auch hier ein fast signifikanter Zusammenhang zwischen Schulbildung und eigenen stigmatisierenden Haltungen verzeichnen. Die Ähnlichkeiten dieser beiden Analysen in Bezug darauf, wie sich negative und positive Prädiktoren auf die abhängigen Variablen auswirken, stützt die erste und zweite unserer Hypothesen: Auch anhand dieser Analysen lässt sich erahnen, dass die Identifikation mit der Gruppe und die eigenen stigmatisierenden Haltungen negativ miteinander assoziiert sind.

4 Diskussion

4.1 Validierung des Modells

Die von uns verwendeten Skalen zur Erfassung von eigenen stigmatisierenden Haltungen, Selbststigmatisierung und Gruppenidentifikation sind etabliert und gut validiert: So wird die soziale Distanz-Skala allgemein hin als ein guter Indikator für stigmatisierende Haltungen angesehen und vielfach eingesetzt. Entwickelt von Bogardus (1925, 1933), wurde die Skala bereits 1957 von Cumming & Cumming angepasst, um die Einstellungen gegenüber psychisch Kranken zu erfassen und seitdem vielfach validiert und in unterschiedlichen Ausführungen immer wieder verwendet, u.a. von Brockman & D'Arcy, 1978; Dohrenwend & Chin-Shong, 1967; Link et al., 1987; Trute, Tefft, & Segall, 1989; Whatley, 1959. Auch aktuellere Studien verwenden die soziale Distanz-Skala in dieser Form, um stigmatisierende Haltungen zu messen, so zum Beispiel Hinshaw, 2010; Ng, 1997; Parrillo & Donoghue, 2005. Auch wird in einer Metaanalyse über die Entwicklung von stigmatisierenden Haltungen gegenüber psychisch Kranken beschrieben, dass in den ausgewerteten Studien vielfach die soziale Distanz-Skala genutzt wird, um stigmatisierende Haltungen abzubilden (Schomerus et al., 2012).

Die Self Stigma of Mental Illness Scale („SSMI“) ist ein etabliertes Instrument, um gezielt den von Corrigan et al. beschriebenen Prozess der Selbststigmatisierung abzubilden. Es wurde vielfach die Reliabilität (Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Corrigan, Rafacz, & Rüscher, 2011; Rüscher et al., 2006) sowie die Validität dieser Skala untersucht (Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Corrigan et al., 2011; Fung, Tsang, & Corrigan, 2008; Fung, Tsang, Corrigan, Lam, & Cheng, 2007; Rüscher et al., 2006; Schomerus et al., 2011).

Auch das Internalized Stigma of Mental Illness Inventory („ISMI“) ist ein valides Instrument zur Erfassung von Selbststigmatisierung (Boyd et al., 2014; Boyd Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003), welches seit seiner Entwicklung in vielen Studien Verwendung findet, u. a. durch Brohan, Slade, Clement, & Thornicroft, 2010; Ersoy & Varan, 2007; Ghanean, Nojomi, Jacobsson, & Jacobsson, 2011; Hwang, Lee, Han, & Kwon, 2006; West, Yanos, Smith, Roe, & Lysaker, 2011.

Die Gruppenidentifikationsitems nach Leach et al. sind ebenfalls ein etabliertes Instrument zur Erfassung der In-Group-Identifikation (Leach et al., 2008). Wie oben erwähnt wurden diese Items von uns übersetzt, wobei sich die Übersetzung nur unwesentlich von der validierten Version von Roth & Mazziotta (2015) unterscheidet. Auch ließen wir einige Items der Subskala Zufriedenheit aus, der Fragebogen zeigte für unsere Stichprobe dennoch eine gute interne Konsistenz, vergleichbar mit der internen Konsistenz des Fragebogens für andere Stichproben

und einer jeweils anderen eingesetzten In-Group (s.o., Lovakov et al., 2015; Roth & Mazziotta, 2015). Dennoch wäre es sinnvoll, diese Skala in zukünftigen Studien noch einmal auch für unterschiedliche Stichproben zu validieren.

Das von uns entwickelte Hypothesenmodell steht auf der Grundlage des gut erforschten Prozesses der Selbststigmatisierung (Patrick W. Corrigan, Watson, & Barr, 2006) und des „Paradoxons von Selbststigmatisierung und psychischer Krankheit“ (Patrick W. Corrigan & Watson, 2006) sowie der Theorie der Sozialen Identität (Tajfel & Turner, 1986; Zick, 2002). Diese Konzepte sind allgemein hin anerkannt und häufig adaptiert und zitiert, für den Prozess der Selbststigmatisierung z.B. bei Corrigan & Rao, 2012; Fung et al., 2007; Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2006 und für das „Paradoxon von Selbststigmatisierung und psychischer Krankheit“ z.B. durch Barney, Griffiths, Jorm, & Christensen, 2006; P. Corrigan, 2004. Für die Theorie der sozialen Identität finden sich bei einer einfachen Suche über 19 000 Zitierungen, diese Theorie ist stellt also die Grundlage vieler weiterer Studien dar. Bezüglich der Stigmatisierung psychisch Kranker findet die Theorie unter anderem Anwendung bei Ottati, v. Bodenhausen, & Newman, 2005; Thoits, 2011; Amy C. Watson, Ottati, & Corrigan, 2003.

4.2 Interpretation der Ergebnisse

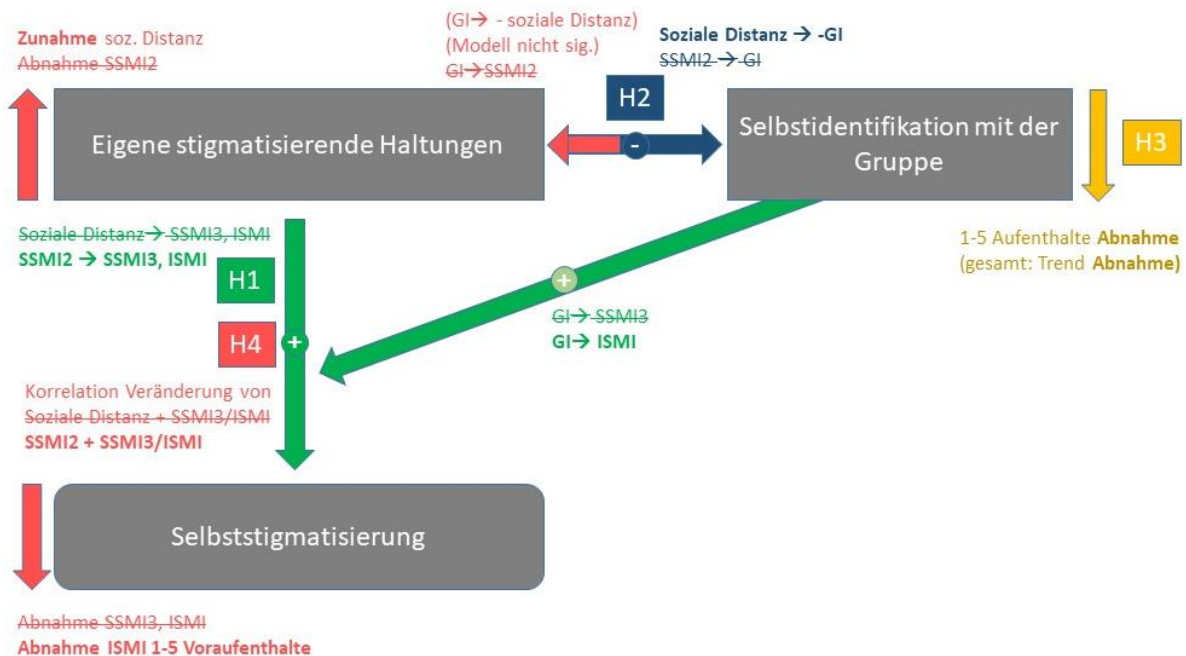


Abbildung 9: Übersicht über signifikante und nicht signifikante Zusammenhänge. Signifikante Zusammenhänge fett, nicht signifikante Zusammenhänge durchgestrichelt. Grün - erste Hypothese (H1), blau - zweite Hypothese (H2), gelb - dritte Hypothese (H3), rot - vierte Hypothese (H4). GI – Gruppenidentifikation/Selbstidentifikation mit der Gruppe. Soz. Distanz – soziale Distanz. Sig. – signifikant. → - zeigt einen unabhängigen Prädiktor für abhängige Variable.

4.2.1 Erste Hypothese: Assoziation von eigenem Stigma und Selbststigma, Assoziation von Gruppenidentifikation und Selbststigmatisierung

Die Untersuchungen zeigen, dass ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem zweiten Teil der Self Stigma of Mental Illness Scale („Agreement“) und dem Internalized Stigma of Mental Illness Inventory bzw. dem 3. Teil des SSMI („Application“) vorliegt. Patienten, die also im Mittel den Items des SSMI2 stärker zustimmen, die also eher gängigen negativen Stereotypen über psychisch Kranke zustimmen, zeigen auch stärkere Zustimmung zu Items, die das Anwenden negativer Stereotype auf sich selbst und das Ausmaß an Selbststigmatisierung in einem weiteren Kontext erfassen. Der Zusammenhang zwischen SSMI2 und SSMI3 scheint dabei folgerichtig, bilden die beiden Teile desselben Fragebogens doch den von Corrigan et al. etablierten Prozess der Selbststigmatisierung ab. Die Ergebnisse zeigen sich damit übereinstimmend zu denen von Corrigan et al. (Patrick W. Corrigan, Watson, & Barr, 2006). Jedoch besteht auch mit dem ISMI ein signifikanter Zusammenhang. Es zeigt sich also auch ein Zusammenhang mit den Ausprägungen eines Instruments, welches mit seinen Subskalen Entfremdung, Übernahme von Stereotypen, Diskriminierungserfahrungen und sozialer Rückzug die verschiedenen Aspekte von Selbststigmatisierung umfassender abdeckt.

Dagegen zeigt sich, dass die Antwortausprägungen der sozialen Distanz-Skala keinen signifikanten Zusammenhang mit den Antwortausprägungen in den Instrumenten für Selbststigmatisierung haben. Patienten, deren eigene stigmatisierende Haltungen sich darin äußern, dass sie eine geringere Bereitschaft aufweisen, mit psychisch Kranken in Kontakt zu treten, stigmatisieren sich also nicht notwendigerweise mehr als Patienten, deren soziale Distanz geringer ausgeprägt ist.

In Zusammenhang mit dem Ausmaß an Selbststigmatisierung stehen in unserer Studie also vor allem die eigenen angenommenen Stereotype über psychisch Kranke, nicht die soziale Distanz. Wie in der zweiten Hypothese bestätigt, stellt die soziale Distanz, das Streben nach Abgrenzung von psychisch Kranken, einen unabhängigen Prädiktor für eine verminderte Identifikation mit der Gruppe dar. Man könnte vermuten, dass eine absichtliche oder unabsichtliche Verhinderung der Selbstidentifikation mit der Gruppe ebenfalls einen Versuch darstellt, sich von der Gruppe der psychisch Kranken abzugrenzen, um Selbststigmatisierung zu verhindern. Dass die soziale Distanz also keinen signifikanten positiven Beitrag für die Ausprägung der Selbststigmatisierung leistet, kann ein schwacher Hinweis darauf sein, dass höhere soziale Distanz über den Weg der geringeren Identifikation mit der Gruppe auch als Schutz vor Selbststigmatisierung dient. Sie wäre damit Ausdruck der eingangs beschriebenen sozialen Mobilität,

also ein Mittel, um eine unbefriedigende soziale Identität zu verändern und Selbststigmatisierung zu verhindern.

Bei der Überprüfung der ersten Hypothese stellten wir weiterhin fest, dass es in der robusten Regression einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Gruppenidentifikation und dem ISMI als Instrument für Selbststigmatisierung gibt. Patienten, die also den Gruppenidentifikationsitems nach Leach et al. stärker zustimmen, erzielen auch höhere Werte im ISMI. Dies stimmt überein mit dem oben erwähnten „Paradoxon von Selbststigmatisierung und psychischer Krankheit“ (Patrick W. Corrigan & Watson, 2006), in dem Identifikation mit der stigmatisierten Gruppe einen großen Einfluss darauf hat, ob und wie stark sich der Betroffene selbst stigmatisiert.

Man könnte denken, dass der Grund dafür, dass sich Patienten mit einer höheren Gruppenidentifikation stärker selbst stigmatisieren, eine geringe Gruppenbewertung (Group value) sein könnte, also eine negative Einschätzung der eigenen Gruppe. Patienten, die der eigenen Gruppe einen geringeren Wert zuweisen und sich stark mit der Gruppe identifizieren, könnten sich so stärker stigmatisieren. In Vorgängerstudien wiesen Probanden mit einer psychischen Erkrankung der Gruppe der psychisch Kranken zumeist einen hohen Wert zu, so zum Beispiel bei Rüscher et al., 2009. Die Gruppenbewertung der Probanden mit einer psychischen Erkrankung war in dieser Studie signifikant höher als der Wert, den die Kontrollgruppe ohne Diagnose der Gruppe der psychisch Kranken zugewiesen hatte. Die zugewiesene Gruppenbewertung lag jedoch auch unabhängig von der Kontrollgruppe deutlich über dem Mittelwert der Skala, ist also als hohe Gruppenbewertung zu bewerten. In unserer Studie wurde die Gruppenbewertung nicht erhoben, ein Umstand, der in den Limitationen noch näher betrachtet wird. Ob unsere Probanden der Gruppe also einen hohen oder niedrigen Wert zuweisen, lässt sich nicht sicher sagen. Der Einfluss der Gruppenbewertung spiegelt sich jedoch in den Veränderungen der anderen Größen wider: Es ist wahrscheinlich, dass die Gruppenbewertung durch die eigenen stigmatisierenden Haltungen negativ beeinflusst wird. Bei Rüscher et al. konnte keine eindeutige positive oder negative Assoziation zwischen eigenen stigmatisierenden Haltungen (in der Studie repräsentiert durch Soziale Distanz) und der Gruppenbewertung festgestellt werden. Es zeigte sich jedoch, dass die Gruppenbewertung stark mit der Gruppenidentifikation korreliert (Korrelationskoeffizient 0,42). Da wir in unseren Untersuchungen, wie weiter unten ausgeführt, immer wieder Hinweise darauf finden, dass sich die Gruppenidentifikation und die eigenen stigmatisierenden Haltungen negativ beeinflussen, scheint es folgerichtig, dass starke stigmatisierende Haltungen und die Gruppenbewertung negativ miteinander assoziiert sind. So könnte eine niedrige Gruppenbewertung als Ausdruck von eigenen stigmatisierenden Haltungen dafür sorgen, dass sich psychisch Kranke trotz oder gerade wegen einer hohen Identifikation mit der Gruppe stark stigmatisieren.

4.2.2 Zweite Hypothese: Assoziation von eigenen stigmatisierenden Haltungen und Gruppenidentifikation

Bei der Überprüfung der zweiten Hypothese ließ sich ein signifikanter negativer Zusammenhang der sozialen Distanz und der Gruppenidentifikation nachweisen. Je stärker die Patienten Items wie „Inwieweit wäre Ihnen jemand mit einer psychischen Erkrankung als Nachbar recht?“ ablehnten, desto weniger stimmten sie auch Items zu, die die Identifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken erfassten. Patienten, deren stigmatisierende Haltungen sich in einer geringeren Bereitschaft zur Interaktion manifestieren, identifizieren sich also weniger mit der Gruppe der psychisch Kranken. Dies bestätigt, dass die soziale Distanz einen unabhängigen Prädiktor für eine geringere Identifikation mit der Gruppe darstellt und fügt sich damit u.a. in das von Steinbach beschriebene Konzept der sozialen Distanz ein, in dem dargestellt wird, dass eine geringe soziale Distanz mit höherer Identifikation mit der Gruppe einhergeht und andersrum (Steinbach, 2004).

Die Ausprägungen des zweiten Teils der Self Stigma of Mental Illness Scale (Agreement) zeigten hingegen keinen signifikanten Zusammenhang mit den Gruppenidentifikationsitems. Dass mit Sicherheit kein Zusammenhang zwischen der Zustimmung zu gängigen Stereotypen und dem Maß an Identifizierung mit der Gruppe besteht, kann auf diese Weise zwar nicht bewiesen werden, jedoch kann man feststellen, dass hier kein signifikanter Beitrag der eigenen Stereotypen für die Ausprägung der abhängigen Variable zu verzeichnen ist.

Die Analysen, bei denen für Variablen kontrolliert wurde, von denen wir einen signifikanten Zusammenhang mit der Gruppenidentifikation angenommen hatten, ließen aufgrund der schlechten Testgüte keine Aussagen zu. Es lässt sich feststellen, dass Kontakt zu psychisch Kranken und Besuch von Internetforen weniger geeignet sind, die Varianz der abhängigen Variable zu erklären, als die sonst verwendeten, soziodemographischen Variablen. Dies mag an der vorgenommenen Dichotomisierung der Variablen liegen, durch die ein Teil der Varianz verloren geht.

4.2.3 Dritte Hypothese: Abnahme der Gruppenidentifikation

Die Überprüfung der dritten Hypothese zeigt, dass sich die Gruppenidentifikation zwischen den beiden Befragungszeitpunkten im Mittel nicht signifikant verändert. Entgegen unserer Erwartung, eine Zunahme der Gruppenidentifikation zu verzeichnen, lässt sich insgesamt der Trend erkennen, dass die Identifikation mit der Gruppe sinkt. Bei Patienten mit ein bis fünf Voraufenthalten wird dieser Trend sogar signifikant. Anscheinend ist der Effekt für Patienten

mit einem moderaten Ausmaß an Psychiatrieerfahrung besonders ausgeprägt. Diese Abnahme der Identifikation kann Ausdruck dessen sein, dass sich die Patienten von der Gruppe der psychisch Kranken abgrenzen wollen, um Selbststigmatisierung zu verhindern. Dafür spräche, dass diese Strategie insbesondere von Patienten mit einer mittleren Anzahl an Voraufenthalten angewendet wird, also von jenen, die bereits Erfahrung mit der Gruppe der psychisch Kranken und mit den Auswirkungen eines Aufenthaltes in der Psychiatrie besitzen. Dass dieser Effekt bei Patienten mit mehr als fünf Voraufenthalten nicht eintritt, könnte daran liegen, dass ein weiterer Aufenthalt keine neue Situation und in Anbetracht der hohen Zahl der Voraufenthalte keine signifikante Veränderung der Einstellung mehr zu bewirken vermag.

Eine mögliche Erklärung für die fast signifikante Abnahme der Gruppenidentifikation liefern Voruntersuchungen anderer Autoren: So berichtet Scheff, dass sich Patienten durch Anwendung von Stereotypen und Stigmatisierung innerhalb der Gruppe mitunter gegenseitig in die Patientenrolle drängen (Scheff, 1971) und es lässt sich berichten, dass sich dahingehend die Atmosphäre unter den Patienten in den einzelnen Einrichtungen stark unterscheidet (Schutt, Rosenheck, Penk, Drebing, & Seibyl, 2005). Sollte in einer Klinik tatsächlich eine solche Atmosphäre herrschen, wäre eine Abnahme der Gruppenidentifikation über den Behandlungsverlauf eine instinktiv gesunde und verständliche Reaktion. Für die Abnahme der Gruppenidentifikation gibt es aber noch weitere Erklärungen, welche bei der Betrachtung des Gesamtzusammenhangs Gegenstand sein sollen.

4.2.4 Vierte Hypothese: Assoziation von Gruppenidentifikation und eigenem Stigma, Zunahme des eigenen Stigmas, Indifferenz der Selbststigmatisierung, Korrelation der Veränderung von eigenem Stigma und Selbststigma

Die Überprüfung der vierten Hypothese ergab zum Ersten, dass es einen negativen Beitrag der Ausprägungen der Gruppenidentifikationsitems für die Antwortausprägungen der soziale Distanz-Skala gibt. Je höher sich Patienten also mit der Gruppe der psychisch Kranken identifizieren, desto niedriger sind die eigenen stigmatisierenden Haltungen ausgeprägt, die sich in sozialer Distanz manifestieren, desto höher ist also ihre Bereitschaft, mit psychisch Kranken in Kontakt zu treten. Dies steht im Einklang mit den Ergebnissen der zweiten Hypothese, nach denen eine hohe soziale Distanz auch eine niedrige Gruppenidentifikation prädiziert. Mit einem p-Wert von 0,148 ist die Verwertbarkeit dieses Gesamtmodells jedoch eingeschränkt. Ein Grund für die fehlende Signifikanz des Modells könnte einerseits die geringe Größe der Stichprobe sein. Es ist möglich, dass das Modell bei einer höheren Fallzahl signifikant wäre. Zu erwägen wäre jedoch auch, dass in dem Modell wichtige unabhängige Variablen fehlen, die einen Teil der Varianz erklären würden. Es gibt Einflussfaktoren, die die Ausprägungen der

sozialen Distanz besser vorhersagen können als die Identifikation mit der Gruppe, so beispielsweise Kontakt zu psychisch Kranken oder die Teilnahme an Antistigma-Kampagnen. Diese wurden z. B. in der repräsentativen Studie von Baumann et al. verwendet, in der die Veränderungen in der sozialen Distanz der Bevölkerung gegenüber schizophren Erkrankten in 6 deutschen Großstädten untersucht wurden (Baumann et al., 2007). Der Einbezug solcher Variablen würde die Signifikanz des gesamten Modells mit großer Wahrscheinlichkeit erhöhen, sehr wahrscheinlich würde jedoch in einem solchen Modell der Beitrag der Gruppenidentifikation auf die Ausprägung der sozialen Distanz zugunsten der anderen unabhängigen Variablen geringer ausfallen. Ein Beitrag einer höheren Identifikation mit der Gruppe auf die Ausprägung der sozialen Distanz lässt sich also mit unseren Daten nicht sicher feststellen.

Die mittlere Ausprägung der Antworten auf den SSMI2 zeigte keinen signifikanten Zusammenhang mit den Ausprägungen der Zustimmung zu den Gruppenidentifikationsitems. Auch wenn die Nullhypothese des nicht bestehenden Zusammenhangs auf diese Weise nicht bewiesen werden kann, so lässt sich doch feststellen, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Selbstidentifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken und den eigenen negativen Stereotypen gegenüber psychisch Kranken feststellbar ist. Auch hier weisen die Testgütekriterien jedoch darauf hin, dass die Aussagekraft des Modells insgesamt vermindert ist. Ein vorstellbarer Grund könnte auch hier sein, dass sich die Ausprägung des SSMI2 besser durch Variablen wie Kontakt zu psychisch Kranken als durch die Gruppenidentifikation und die verwendeten soziodemographischen Variablen präzisieren lässt. Auch die geringe Größe der Stichprobe kann hier wiederum ein Grund für die fehlende Signifikanz des Modells sein.

Bei der Überprüfung der vierten Hypothese wurde weiterhin herausgefunden, dass die eigenen stigmatisierenden Haltungen der Patienten entgegen der Erwartungen nicht mit der Dauer des Aufenthaltes abnehmen. Während die eigenen negativen Stereotype, gemessen durch den SSMI2, keine signifikanten Mittelwertveränderungen aufweisen, ist bei der sozialen Distanz-Skala sogar eine signifikante Zunahme zu verzeichnen. Äquivalent zur Abnahme der Gruppenidentifikation weist auch dies am ehesten auf ein Streben nach Abgrenzung von psychisch Kranken hin.

Ähnliche Ergebnisse haben auch andere Autoren gefunden: Swanson et al. berichten, dass die eigenen stigmatisierenden Haltungen der Patienten während des stationären Aufenthaltes deutlich stärker waren als vor oder insbesondere nach einem stationären Aufenthalt. Die Vermutung der Autoren ist, dass sich die Patienten während dieser Phase ihrer Zugehörigkeit zu einer stigmatisierten Gruppe am bewusstesten sind und deswegen diese Zugehörigkeit leugnen, sich nicht mit der Gruppe identifizieren und dass als Folge dessen die eigenen stigmatisierenden Haltungen zunehmen (Swanson & Spitzer, 1970). Ähnliche Vermutungen kann man über unsere Stichprobe auch äußern.

Swanson et al. fanden jedoch auch heraus, dass die eigenen stigmatisierenden Haltungen von Patienten nach einem stationären Aufenthalt noch geringer sind als vor einem stationären Aufenthalt (Swanson & Spitzer, 1970). Diesen Befund konnten wir aufgrund des abweichenden Versuchsaufbaus für unsere Stichprobe nicht darstellen, er macht jedoch Mut, was die langfristige Wirkung des therapeutischen Milieus auf die stigmatisierenden Haltungen von Patienten betrifft.

Eine mögliche Ursache dafür, dass die eigenen stigmatisierenden Haltungen nicht, wie zu Beginn angenommen, abnehmen, könnte auch der Umstand sein, dass zur Bildung von vorteilhaften Vergleichen die relevante Vergleichsgruppe fehlt: Mummendey et al. fassen wichtige Punkte der Theorie der sozialen Identität dahingehend zusammen, dass In Group-Favorisierung und Out Group-Diskriminierung für die Gruppe nur möglich ist, wenn die Gruppe, mit der verglichen wird, als relevante Vergleichsgruppe wahrgenommen wird. „Neben der Wichtigkeit der Vergleichsdimension für die soziale Identität ist von Bedeutung, in welchem Maß die andere Gruppe als relevante Vergleichsgruppe wahrgenommen wird. Dies hängt [...] davon ab, wie ähnlich die Vergleichsgruppe der Gruppe in anderen Vergleichsdimensionen ist.“ (Mummendey, 1985) Es ist also fraglich, ob sich in unseren Untersuchungen überhaupt eigene stigmatisierende Haltungen gegenüber psychisch Kranken durch vorteilhafte Vergleiche zur Out Group reduzieren lassen, da „psychisch Gesunde“ womöglich keine relevante Vergleichsgruppe darstellen, die der Gruppe der psychisch Kranken in anderen Dimensionen ähnlich ist. Ähnlichkeit in anderen Dimensionen bedeutet beispielsweise, dass sich vor allem Fußballvereine miteinander vergleichen, die in ähnlichen Ligen spielen. Andere Vergleichsdimensionen, in denen sich „psychisch Kranke“ und „psychisch Gesunde“ ähnlich sind, fehlen jedoch. Tatsächlich ist das einzige Unterscheidungskriterium zwischen den Gruppen, dass Mitglieder der einen Gruppe eine Diagnose tragen und die Mitglieder der anderen Gruppe als gesund gelten. Somit dürften sich die Mitglieder der Gruppen formal in allen anderen Vergleichsdimensionen gleich ähnlich oder unähnlich sein. Dies erschwert das Ziehen von Vergleichen und könnte einer von vielen Gründen sein, warum die stigmatisierenden Haltungen nicht abnehmen und die Identifikation mit der Gruppe nicht steigt.

Eine Abnahme der Selbststigmatisierung ließ sich über den Befragungszeitraum hinweg nicht sicher feststellen. Lediglich in der Gruppe von Patienten mit ein bis fünf Voraufenthalten ist eine signifikante Abnahme zu verzeichnen. Dieses Ergebnis ist insbesondere deswegen interessant, weil es auch diese Patientengruppe ist, bei der die Gruppenidentifikation signifikant abnimmt. So wie in der ersten Hypothese ein positiver Zusammenhang zwischen Gruppenidentifikation und Selbststigmatisierung nachgewiesen wurde, zeigt sich für diese Gruppe, dass bei Abnahme der Gruppenidentifikation auch die Selbststigmatisierung abnimmt. Gründe

für diese starken Veränderungen in dieser Patientengruppe werden bei der Betrachtung des Gesamtzusammenhangs näher erörtert.

Bei der Überprüfung, ob die Veränderung der eigenen stigmatisierenden Haltungen über den Behandlungszeitraum mit der Veränderung der Selbststigmatisierung zusammenhängt, stellte sich heraus, dass es diese Korrelation für die eigenen negativen Stereotype (SSMI2), nicht aber für die soziale Distanz-Skala gibt. Sowohl mit der Veränderung des SSMI3, also der Anwendung der gängigen Stereotype auf sich selbst, als auch mit der Veränderung des ISMI korrelierte die Veränderung des SSMI2 positiv. Eine hohe Korrelation der Veränderungen der einzelnen Abschnitte des SSMI untereinander scheint plausibel, es ist jedoch bemerkenswert, dass auch zwischen der Veränderung des SSMI2 und des ISMI eine positive Korrelation besteht. Das heißt also, dass eine Änderung der eigenen Stereotype mit der Änderung der Selbststigmatisierung gleichgerichtet zusammenhängt, obwohl sich für die eigenen stigmatisierenden Haltungen eine Zunahme und die Selbststigmatisierung eher eine Abnahme über den Behandlungszeitraum zeigt.

Die Veränderung der sozialen Distanz, also die Veränderung der Bereitschaft, mit psychisch Kranken zu interagieren, zeigte dagegen keinen Zusammenhang mit der Veränderung der Selbststigmatisierung. Vergewärtigt man sich, dass auch in der ersten Hypothese kein signifikanter Zusammenhang zwischen sozialer Distanz und Selbststigmatisierung nachgewiesen werden kann, erscheint dieser Fund folgerichtig.

4.3 Übertragung auf den Gesamtzusammenhang

Insgesamt zeigt sich, dass sich das von uns entwickelte Modell zum Teil bestätigen lässt, jedoch muss man den Zusammenhang der Größen für die Zustimmung zu herrschenden Stereotypen (SSMI2) und die soziale Distanz getrennt betrachten. Zwar sind beide Skalen Instrumente für eigene stigmatisierende Haltungen, doch nehmen sie in dem Modell ganz unterschiedlich Einfluss. Die eigenen Stereotype zeigen keine Assoziation zur Identifikation mit der Gruppe, die soziale Distanz jedoch schon. Gleichsam trägt die Gruppenidentifikation negativ zur Ausprägung der sozialen Distanz bei, zur Ausprägung der eigenen Stereotype jedoch nicht. Die Zustimmung zu Stereotypen hängt mit der Selbststigmatisierung zusammen, während die soziale Distanz kaum mit der Selbststigmatisierung assoziiert zu sein scheint.

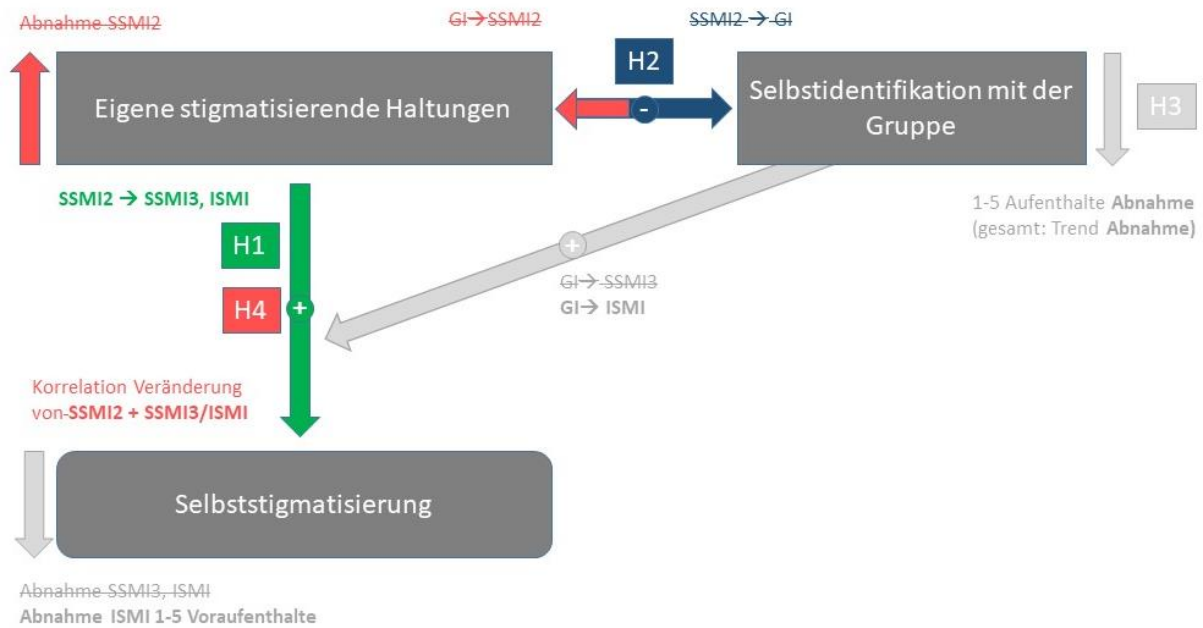


Abbildung 10: Übersicht über signifikante und nicht signifikante Zusammenhänge zwischen dem 2. Teil des SSMI und anderen Größen. Signifikante Zusammenhänge fett, nicht signifikante Zusammenhänge durchgestrichen. Zur besseren Übersichtlichkeit sind den SSMI2 betreffende Zusammenhänge farbig, andere Zusammenhänge grau dargestellt. Grün - erste Hypothese (H1), blau - zweite Hypothese (H2), gelb - dritte Hypothese (H3), rot - vierte Hypothese (H4). GI – Gruppenidentifikation/Selbstidentifikation mit der Gruppe. Soz. Distanz – soziale Distanz. Sig. – signifikant. → - zeigt einen unabhängigen Prädiktor für eine abhängige Variable.

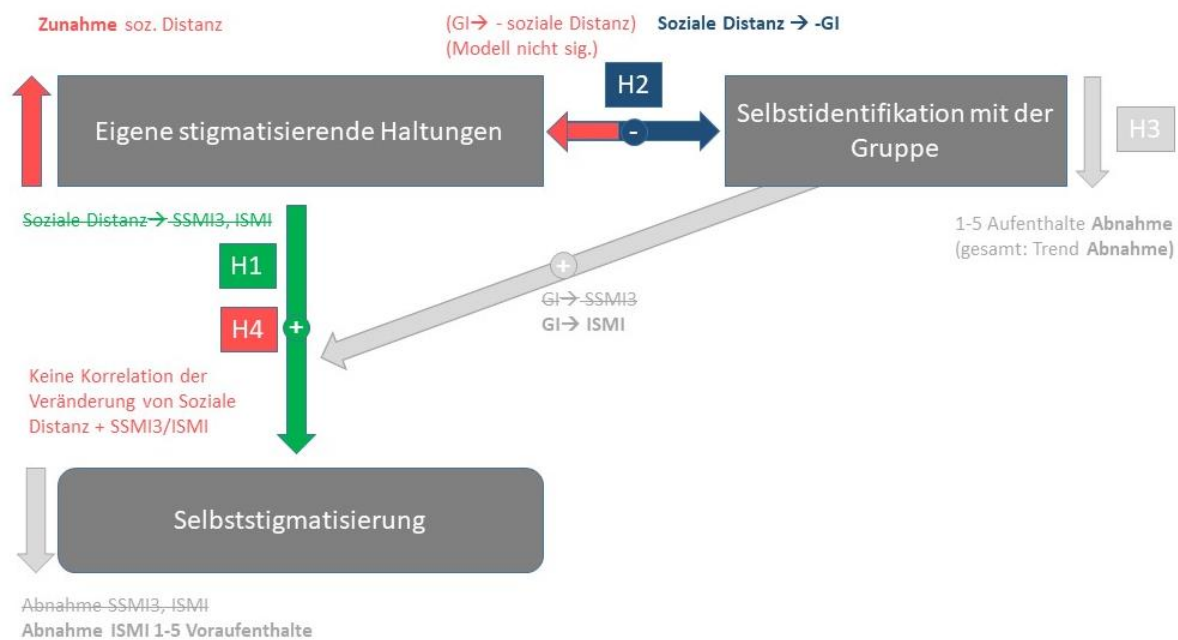


Abbildung 11: Übersicht über signifikante und nicht signifikante Zusammenhänge zwischen der sozialen Distanz und anderen Größen. Signifikante Zusammenhänge fett, nicht signifikante Zusammenhänge durchgestrichen. Zur besseren Übersichtlichkeit sind die soziale Distanz betreffende Zusammenhänge farbig, andere Zusammenhänge grau dargestellt. Grün - erste Hypothese (H1), blau - zweite Hypothese (H2), gelb - dritte Hypothese (H3), rot - vierte Hypothese (H4). GI – Gruppenidentifikation/Selbstidentifikation mit der Gruppe. Soz. Distanz – soziale Distanz. Sig. – signifikant. → - zeigt einen unabhängigen Prädiktor für eine abhängige Variable.

Daraus resultiert folgende Teilung des Modells: Soziale Distanz und Gruppenidentifikation korrelieren negativ miteinander, ohne dass eigene Stereotype eine Rolle spielen. Eigene Stereotype nehmen hängen mit der Selbststigmatisierung zusammen, was sich auch in der Korrelation der Veränderungen über den Behandlungszeitraum hinweg widerspiegelt, während die soziale Distanz hier keine Rolle spielt.



Abbildung 12: Das Paradoxon von Selbststigmatisierung und psychischer Krankheit nach Corrigan & Watson, 2006. Niedrige Identifikation mit der Gruppe zur Verdeutlichung der Bedeutung der sozialen Distanz markiert.

Die Zustimmung zu Stereotypen nimmt also seine Rolle eher als Vorbote von Selbststigmatisierung ein, während die soziale Distanz eher die Abgrenzung von der Gruppe der psychisch Kranken widerspiegelt. In den oben beschriebenen Modellen zum Prozess und zum Paradoxon von Selbststigmatisierung lassen sich diese beiden Instrumente für die eigenen stigmatisierenden Haltungen unterschiedlich verorten:

Ein hohes Maß an sozialer Distanz folgt eher dem Pfeil der niedrigen Identifikation mit der Gruppe im Modell zum Paradoxon von Selbststigmatisierung, sie spiegelt die innere Emigration, die soziale Mobilität der Patienten wider, was sich auch an dem nicht nachweisbaren Einfluss der sozialen Distanz auf die Selbststigmatisierung ablesen lässt. Patienten mit einem hohen Ausmaß an sozialer Distanz wählen also zur Wiedererlangung einer positiven sozialen Identität eher die Möglichkeit des (inneren) Verlassens der Gruppe. Ihre eigenen abwertenden Einstellungen gegenüber psychisch Kranken veranlassen sie eher dazu, die Gruppe mental zu verlassen und sich mit ihr weniger zu identifizieren.

Die Zustimmung zu herrschenden Stereotypen ist dagegen eher ein Prädiktor für eine andere Entwicklung der Einstellungen: Dass sie mit einer geringen Gruppenidentifikation einhergeht, ist nicht nachweisbar, dafür münden diese Einstellungen für die Patienten wie von Corrigan beschrieben in ein höheres Risiko, sich selbst zu stigmatisieren. Diese Zustimmung zu Stereotypen findet sich in dem Modell zum Paradoxon von Selbststigmatisierung und psychischer Krankheit in der „wahrgenommenen Legitimität der Stigmatisierung“ wieder. Mit der Zustimmung zu gängigen Stereotypen wird die eigene Stigmatisierung als legitim erachtet, wodurch die Gefahr der Selbststigmatisierung steigt.

In den feinen Unterschieden dessen, was die Instrumente messen, zeigen sich die Implikationen für den Umgang mit Stigmatisierung im klinischen Alltag. War soziale Distanz als Maß für eigene stigmatisierende Haltungen bisher stets negativ konnotiert, zeigen sich in unseren Ergebnissen implizit die Chancen, die mit einer höheren sozialen Distanz und damit zusammenhängend mit geringerer Gruppenidentifikation als Zeichen für soziale Mobilität einhergehen können. Patienten mit eigenen stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychisch Kranken stigmatisieren sich nicht zwangsläufig stärker, ihre eigenen stigmatisierenden Einstellungen können sie vor Selbststigmatisierung schützen, indem sich diese Patienten weniger mit der „eigenen“ Gruppe identifizieren und die Gruppe mental verlassen. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit dem Prozess der Selbststigmatisierung und der Theorie der sozialen Identität. Obwohl sich diese Form von sozialer Mobilität im klinischen Alltag vielfach beobachten lässt und zum Teil abwertend unter „Abwehrmechanismus“, „Verleugnung“ oder gar „mangelnde Krankheitseinsicht“ verbucht wird, kann durch diese Ergebnisse gezeigt werden, dass solche Haltungen durchaus nützlich sein können, um Selbststigmatisierung zu verhindern. Als Behandler müssen wir uns also fragen, ob es sinnvoll für die Genesung des Patienten ist, ihn mit der Tatsache zu konfrontieren, dass er Teil der stigmatisierten Gruppe der psychisch Kranken ist.

Führt man sich vor Augen, dass das langfristige Ziel der Behandlung das Verlassen der Gruppe der psychisch Kranken ist, so erscheint es plausibel, dass sich in unseren Ergebnissen Anzeichen für diese soziale Mobilität bereits während des stationären Aufenthaltes finden und die Patienten auf eine unbefriedigende Gruppenidentität nicht mit sozialer Kreativität, also mit Bemühungen zur Aufwertung der Gruppe, reagieren.

Durch die Ergebnisse wird auch die Frage aufgeworfen, ob der Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken für die Patienten einen Stressor darstellt, der Strategien wie soziale Mobilität bei unbefriedigender Gruppenzugehörigkeit katalysiert. Der Kontakt zu vielen anderen Menschen mit Beschwerden scheint die Patienten mit der Zeit dazu zu veranlassen, sich zum Selbstschutz, zum Erhalt einer positiven sozialen Identität auf die eigene Genesung zu fokussieren und sich weniger einer ganzen Gruppe von Menschen mit Symptomen zugehörig, sich ihr gegenüber

verantwortlich zu fühlen. Es ist nicht geklärt, ob sich dieser Prozess tatsächlich negativ auf die Genesung oder das Befinden der Patienten auswirkt. Allein dass er nötig ist, ist jedoch ein Indiz dafür, dass der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik selbst eine Belastung für die Patienten darstellt. In der fortwährenden Diskussion um den Ausbau ambulanter Therapieangebote und den Abbau stationärer Versorgungseinrichtungen ist dies Argument dafür, die Bemühungen um ein dichtes ambulantes sozialpsychiatrisches Netz fortzusetzen. Es ist ein weiteres Indiz dafür, dass die bereits 1961 von Goffman geforderte „Deinstitutionalisierung“ (Goffman & Helmreich, 1961) ein Prozess ist, der noch weiter vorangetrieben werden sollte.

Man könnte vermuten, dass bei der Mehrheit der befragten Patienten die Anzahl der Voraufenthalte zu hoch ist, sodass nicht davon ausgegangen werden kann, dass der Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik für die Patienten eine neue Situation ist, in der starke Veränderungen der Haltungen in Gang gesetzt werden. Man würde erwarten, dass diese hohe Anzahl an Voraufenthalten die Ergebnisse der Untersuchungen verfälscht. Interessanterweise stellt sich jedoch heraus, dass es zwischen den Patienten ohne Voraufenthalte und den Patienten mit vielen Voraufenthalten kaum Unterschiede in den Ergebnissen gibt. Einzig die Gruppe mit ein bis fünf Voraufenthalten verhält sich mit einer signifikanten Abnahme der Gruppenidentifikation und der Selbststigmatisierung in den Untersuchungen unterscheidbar anders. Es lässt sich vermuten, dass der vermutete Prozess der sozialen Mobilität als Strategie gegen die unbefriedigende Gruppenzugehörigkeit während des ersten Aufenthalts noch nicht, in den Folgeaufenthalten jedoch umso stärker in Gang gesetzt wird. Dies könnte daran liegen, dass in dieser Phase eine Verfestigung der Patientenrolle einsetzt und die Patienten sich gewahr werden, dass sie die Gruppe der psychisch Kranken von selbst nicht so schnell verlassen.

Interessant ist auch, dass dieser Prozess bei Patienten mit mehr als fünf Aufenthalten nicht mehr stattfindet. In Vorstudien wurde ebenfalls herausgefunden, dass Patienten mit einer längeren Patientenhistorie im Laufe des aktuellen stationären Aufenthaltes ein geringeres Maß an Selbststigmatisierung herausbilden (Verhaeghe & Bracke, 2008). Die Autoren vermuten, dass mit steigender Zahl der Behandlung irgendwann Habituationsprozesse einsetzen. Dies steht im Gegensatz zu den Aussagen anderer Autoren, die konstatieren, dass man sich an Stigmatisierung nicht gewöhnt (Wright, Gronfein, & Owens, 2000). Für unsere Studie lässt sich zumindest vermuten, dass mit der Chronifizierung der Patientenrolle die Auswirkungen des einzelnen stationären Aufenthaltes auf den Selbstwert der Patienten immer geringer werden.

4.4 Limitationen

Kausalitäten

Mit allen im Rahmen dieser Untersuchungen angewandten statistischen Verfahren sind keine Kausalitäten darstellbar. Es kann auch in den multiplen linearen oder robusten Regressionen lediglich vorhergesagt werden, wieviel Varianz der Ausprägung der abhängigen Größe durch Prädiktoren aufgeklärt wird. Im besten Fall lässt sich also vom Beitrag sprechen, den eine Größe zur Ausprägung einer anderen Größe prädiziert. Das bedeutet auch, dass streng genommen keine Annahme, Einstellung oder andere Variable als *ursächlich* für die beschriebenen Prozesse angenommen werden kann. Darin wird auch dem Umstand Rechnung getragen, dass neben den von uns untersuchten Prädiktoren noch viele andere Größen vorstellbar sind, die auf die abhängigen Variablen Einfluss nehmen. Um eindeutigere statistische Testverfahren wie beispielsweise Pfadanalysen zu ermöglichen, hätte es einer größeren Stichprobe bedurft. Eine Reproduktion der Ergebnisse mithilfe einer größeren Stichprobe wäre daher wünschenswert.

Voraufenthalte

Dass Patienten in unserer Befragung keine stationären Voraufenthalte angaben, bedeutet nicht zwingend, dass sie psychiatrieeun erfahren oder noch nicht lange als psychisch krank etikettiert sind. So wie viele Patienten in ambulanter Behandlung nie stationär behandelt werden, ist es sehr wahrscheinlich, dass viele der Patienten, die das erste Mal in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung sind, vorher bereits länger in ambulanter Behandlung waren. Diese Patienten erleben also die psychiatrische Klinik als Institution das erste Mal, haben jedoch den potentiellen Prozess der Selbststigmatisierung samt Etikettierung mit einer Diagnose und Anwendung der damit verbundenen negativen Stereotype auf sich selbst möglicherweise schon vorher durchlaufen. Da wir in dieser Studie allerdings nur die Anzahl der stationären Voraufenthalte erfragt haben und nicht die Anzahl der ambulanten Therapiestunden oder die Anzahl der Jahre, die sie bereits als psychisch krank diagnostiziert sind, können anhand des Patientenkollektivs ohne Voraufenthalte lediglich die Prozesse als neu und erstmalig auftretend angesehen werden, die mit Aufnahme in eine psychiatrische Klinik auf die Patienten einwirken. Es wäre fahrlässig, anzunehmen, dass Patienten ohne Voraufenthalte noch nicht lange diagnostiziert und damit noch nicht lange als psychisch krank etikettiert sind.

Beeinflussung der Selbststigmatisierung durch Psychopathologie

Das Stigmatisierungserleben wird nachhaltig durch Depressivität beeinflusst. Ein Verlust des Selbstwertgefühls stellt ein Diagnosekriterium für eine Depression dar, demnach ist schwer zu unterscheiden, ob der Selbstwertverlust durch die Selbststigmatisierung oder durch die depressive Symptomatik bedingt ist. Aufgrund dieser Schwierigkeiten wurde in allen Analysen

für die Symptomschwere, gemessen mit dem BSI-18, kontrolliert. Analysen in denen lediglich für die Depressivität als Subskala des BSI-18 kontrolliert wurde, wiesen schlechte Testgütekriterien bei ansonsten unverändertem Zusammenhang der Variablen auf, weswegen sie in der Arbeit nicht näher erläutert wurden. Dass die Zusammenhänge trotz der Berücksichtigung von Depressivität nachweisbar waren, steht in Einklang mit Vorstudien, in denen ebenso die Zusammenhänge zwischen eigenen stigmatisierenden Haltungen und Selbststigmatisierung unter Berücksichtigung von Depressivität gemessen wurden (vgl. Patrick W. Corrigan, Watson, & Barr, 2006).

Auch die individuelle soziale Wahrnehmung und Krankheitseinsicht sowie Dissimulations- oder Bagatellisierungsneigung beeinflussen das Krankheitserleben. Neben der normalen Schwankungsbreite dieser Größen können bestimmte psychische Erkrankungen wie akute Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen die soziale Wahrnehmung verändern und das Ausmaß des Stigmatisierungsprozesses im Vergleich zu Menschen ohne diese Erkrankungen beeinflussen (Corrigan & Penn, 2001). Da jedoch die intrapsychischen Prozesse eben dieser Menschen mit einer psychischen Erkrankung und die durch diese Prozesse bedingte Beeinflussung des Genesungsprozesses Gegenstand dieser Untersuchung sind, ist es lediglich notwendig, dass die Stichprobe die Bandbreite an Störungsbildern möglichst naturalistisch abbildet. Psychopathologie hat einen Einfluss auf die wahrgenommene Diskriminierung, jedoch ist eben diese Psychopathologie auch ein definierendes Merkmal der untersuchten Gruppe, so dass die Beeinflussung der Wahrnehmung durch Psychopathologie kein Effekt ist, der die Aussagekraft der Untersuchungsergebnisse schmälert. Wie oben erwähnt wurde zur naturalistischen Abbildung der Gruppe auf Ausschlusskriterien weitgehend verzichtet. Aus dem Einschlusskriterium, dass die Fähigkeit zur Beantwortung von Fragebögen gegeben sein soll, resultiert jedoch bereits, dass Patienten mit einem niedrigen allgemeinen Funktionsniveau, mit starken strukturellen Störungen oder akuten Krisenzuständen, in denen Steuerungsfähigkeit, Krankheitseinsicht und soziale Wahrnehmung möglicherweise stark beeinträchtigt sind, von der Studie indirekt ausgeschlossen wurden.

Beeinflussung der Selbststigmatisierung durch therapeutische Interventionen

Es ist bekannt, dass therapeutische Interventionen das Ausmaß an Selbststigmatisierung beeinflussen können. So ist für Corrigan's „Honest Open Proud“-Programm beschrieben, dass bereits nach wenigen Sitzungen eine signifikante Reduktion der Selbststigmatisierung zu verzeichnen ist (Corrigan et al., 2015). Wenn auch unwahrscheinlich ist, dass im stationären Setting stigmaspezifische Programme in ähnlicher Intensität durchgeführt werden, so ist es den-

noch möglich, dass im Rahmen der Behandlung therapeutische Interventionen (z.B. Psychoedukation, themenspezifische Gruppen zu Stigmatisierung, ...) stattgefunden haben, die das Ausmaß an Selbststigmatisierung beeinflussen. Diese wurden von uns nicht erhoben.

Entitativität

Der Theorie der sozialen Identität zufolge ist, wie Mummendey et al. die Ansätze von Tajfel zusammenfassen, eine Gruppe unter anderem „eine Ansammlung von Menschen, die fühlen oder wahrnehmen, dass sie eine Gruppe sind, die sich selbst als Angehörige der Gruppe kategorisieren und die konsensual in der gleichen Weise von anderen kategorisiert werden. Eine Gruppe ist demnach das Ergebnis von Wahrnehmungen, die konsensual von innen und außen zu derselben Kategorisierung führen“ (Mummendey, 1985). Einfluss auf das von uns entwickelte Hypothesenmodell hat demnach auch die Entitativität, also das Ausmaß, mit der eine Ansammlung von Individuen als kohärente soziale Gruppe wahrgenommen wird. So weisen vorübergehende Gruppierungen wie Wartende an einer Bushaltestelle eine geringe Entitativität auf, während beispielsweise Arbeitsgruppen eine hohe Entitativität aufweisen (Lickel et al., 2000). Es stellt sich in unserem Kontext also nicht nur die Frage, ob sich Menschen mit psychischen Erkrankungen als Angehörige der Gruppe „psychisch krank“ identifizieren bzw. wahrnehmen, sondern auch, ob sie die lockere Ansammlung von sehr unterschiedlichen Menschen mit unterschiedlichen Diagnosen *überhaupt* als eine Gruppe identifizieren oder wahrnehmen. Wenn Individuen eine Gruppe nicht als zusammengehörige Gruppe wahrnehmen, ist es für sie ungleich schwerer, sich mit dieser Gruppe zu identifizieren. Die Entitativität hat also einen Einfluss auf die Identifikation mit der Gruppe. Vorangegangene Arbeiten legen nahe, dass die Gruppe der psychisch Kranken tatsächlich als Gruppe wahrgenommen wird (vgl. dazu u.a. Rüsck et al., 2009; Corrigan, 2007), dass also ein hinreichendes Maß an Entitativität besteht. Dennoch konnten wir dies mit den uns zur Verfügung stehenden Instrumenten für diese Stichprobe nicht überprüfen; die Entitativität und ihr Einfluss auf die Gruppenidentifikation der Probanden wurde von uns nicht erhoben. Die Subskalen individuelle Selbststereotypisierung und Eigengruppenhomogenität der Dimension Self-Definition der Gruppenidentifikationsitems nach Leach et al. messen am ehesten die Wahrnehmung von psychisch Kranken als zusammengehörige Gruppe mit Items wie „Psychisch Kranke haben eine Menge miteinander gemeinsam.“ und „Ich bin dem durchschnittlichen psychisch Kranken ähnlich“ (vgl. „People with mental illness have many characteristics in common“ bei Campbell und Rothbart und Park als Item für Similarity, eine Komponente von Entitativität) (Campbell, 2007; Rothbart & Park, 2004). Jedoch können die anderen Komponenten von Entitativität (Being a group, common fate and common goals, being a distinguishable and recognizable group in society) mit den Gruppenidentifikationsitems nicht abgebildet werden.

Gruppenbewertung

Wie bereits in der Diskussion erwähnt, konnte auch die Gruppenbewertung (Group value), also der Wert, den ein Individuum der Gruppe zuschreibt, mit den von uns verwendeten Instrumenten nicht erhoben werden. Die Gruppenbewertung kann jedoch der ausschlaggebende Grund für die Abnahme der Gruppenidentifikation über den Behandlungsverlauf sein: Sehen Patienten den Wert der Gruppe als gering an, werden sie die Gruppenzugehörigkeit ziemlich wahrscheinlich als unbefriedigend erleben und zur Wiedererlangung einer positiven sozialen Identität Strategien wie die von uns vermutete soziale Mobilität anwenden, um die Gruppe zu verlassen. Vorangegangene Untersuchungen wie die von Rüscher et al. zeigen, dass Gruppenbewertung und Gruppenidentifikation positiv miteinander korrelieren, sodass auf eine geringe Gruppenbewertung tatsächlich eine Abnahme der Gruppenidentifikation folgen könnte. Zudem werden, wie oben bereits angemerkt, durch Beachtung der Gruppenbewertung scheinbar widersprüchliche Zusammenhänge zwischen Gruppenidentifikation und Selbstwert der Patienten erklärbar (vgl. N. Rüscher et al., 2009). Eben solche Zusammenhänge fanden sich in unserer Arbeit auch, war doch eine hohe Gruppenidentifikation mit einem höheren Maß an Selbststigmatisierung assoziiert. Dies kann ein Hinweis auf eine niedrige Gruppenbewertung sein.

Soziale Erwünschtheit

Die Aussagen der sozialen Distanz-Skala und des zweiten Teils des SSMI müssen mit Bedacht interpretiert werden: Die häufig bestehende Diskrepanz zwischen den ausgedrückten Ansichten und den tatsächlichen Handlungen der befragten Personen ist ein bekanntes Problem in der sozialpsychologischen Forschung (Parrillo & Donoghue, 2005). Man muss davon ausgehen, dass sich soziale Erwünschtheit insbesondere bei psychiatrischen Patienten, die man zu ihren eigenen stigmatisierenden Haltungen gegenüber psychisch Kranken befragt, bei der Bearbeitung der sozialen Distanz-Skala niederschlägt, da die Probanden zu problematischen Ansichten befragt werden, deren negative Auswirkungen sie unter Umständen selbst häufig zu spüren bekommen.

5 Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit war es, die Zusammenhänge zwischen der Identifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken, den eigenen stigmatisierenden Haltungen und der Selbststigmatisierung der Patienten bei Aufnahme in eine psychiatrische Klinik und deren Veränderung im Verlauf des Aufenthaltes zu untersuchen. Dazu wurden 70 Patienten auf Psychotherapiestationen und in Tageskliniken kurz nach Aufnahme und nach vier Wochen Aufenthalt in der Klinik anhand von Fragebögen befragt. Unsere Hypothese, dass mit längerer Behandlung eine stärkere Identifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken stattfindet, über positive Vergleiche der In-Group gegenüber der Out-Group stigmatisierende Haltungen psychisch Kranken gegenüber abgebaut und Selbststigmatisierung damit verringert werden kann, ließ sich nicht bestätigen. Stattdessen zeigte sich, dass mit Dauer der Behandlung die Identifikation mit der Gruppe tendenziell abnahm, die eigenen stigmatisierenden Haltungen eher zunahm und die Selbststigmatisierung dennoch eher abnahm.

Die erste Hypothese, die besagte, dass sich Patienten mit höheren eigenen stigmatisierenden Haltungen auch stärker selbst stigmatisieren, wenn sie sich mit der Gruppe der psychisch Kranken identifizieren, ließ sich zum Teil bestätigen, musste aber präzisiert werden: Patienten, die negativen Stereotypen gegenüber psychisch Kranken zustimmen, stigmatisieren sich selbst stärker; der Drang nach Abgrenzung von psychisch Kranken hat keinen Einfluss auf die Selbststigmatisierung. Patienten, die sich mit der Gruppe der psychisch Kranken identifizieren, stigmatisieren sich stärker.

Auch die zweite Hypothese, der zufolge sich Patienten mit stärkeren stigmatisierenden Haltungen weniger mit der Gruppe der psychisch Kranken identifizieren, konnte zum Teil bestätigt werden, musste jedoch ebenso präzisiert werden: Patienten, deren stigmatisierende Haltungen sich im Wunsch nach Abgrenzung von anderen psychisch Kranken äußern, identifizieren sich weniger mit der Gruppe der psychisch Kranken. Ob die Patienten gängigen negativen Stereotypen über psychisch Kranke zustimmen, beeinflusst nicht ihre Identifikation mit der Gruppe.

Die dritte Hypothese, die besagt, dass die Identifikation mit der Gruppe der psychisch Kranken über einen vierwöchigen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik zunimmt, ließ sich nicht bestätigen. Die Identifikation mit der Gruppe nahm tendenziell eher ab, bei Patienten mit ein bis fünf Voraufenthalten signifikant ab.

Die vierte Hypothese, nach der eine erhöhte Gruppenidentifikation einen negativen Einfluss auf das eigene Stigma hat, die stigmatisierenden Haltungen gegenüber psychisch Kranken im Verlauf abnehmen und damit auch die Selbststigmatisierung abnimmt, ließ sich ebenso teilweise bestätigen, doch auch hier muss differenziert werden: Patienten, die sich weniger mit

der Gruppe der psychisch Kranken identifizieren, haben einen höheren Drang nach Abgrenzung von psychisch Kranken. Dies beeinflusst nicht, ob sie negativen Stereotypen über psychisch Kranke zustimmen. Die soziale Distanz, der Drang nach Abgrenzung von psychisch Kranken, nimmt im Verlauf zu; die Zustimmung zu negativen Stereotypen ändert sich unwesentlich. Die Selbststigmatisierung nimmt eher ab, bei Patienten mit ein bis fünf Voraufenthalten signifikant ab. Die Veränderung der Zustimmung zu negativen Stereotypen korreliert mit der Zunahme der Selbststigmatisierung, obwohl die Zustimmung zu negativen Stereotypen nicht signifikant zunimmt.

Eine entstigmatisierende Wirkung ist durch das therapeutische Milieu im stationären und teilstationären Bereich also nicht eindeutig zu verzeichnen. Vielmehr zeigt sich, dass der Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik Abgrenzungsprozesse gegenüber anderen Betroffenen in Gang setzt, die eine Zunahme von Selbststigmatisierung verhindern können.

6 Ausblick

Da durch die Gruppenbewertung und die Entitativität einige Zusammenhänge in dem entwickelten Hypothesenmodell noch besser erklärt werden könnten, wäre es für künftige Untersuchungen wünschenswert, die Zusammenhänge unter Berücksichtigung dieser Größen erneut zu betrachten. Ebenso könnte diese Untersuchung mit einer größeren Stichprobe wiederholt werden, um die von uns gefundenen Zusammenhänge zu reproduzieren. Mit einer größeren Stichprobe wären außerdem statistische Verfahren wie Pfadanalysen zur Darstellung von Kausalitäten möglich. Um dem Problem der sozialen Erwünschtheit zu begegnen, könnten unsere Untersuchungen mit Instrumenten wiederholt werden, die das implizite Stigma erfassen.

Denkbar wäre für die Zukunft ebenso eine Interventionsstudie, in der untersucht wird, ob die Gruppenidentifikation und die Gruppenbewertung durch gezielte Interventionen wie gruppenbildende Aktivitäten beeinflusst werden kann und ob sich das im Vergleich zu einer Kontrollgruppe auf das eigene Stigma und die Selbststigmatisierung der Patienten auswirkt.

Über die Forschung hinaus zeigen die von uns beobachteten Abgrenzungsprozesse, dass es nötig ist, das therapeutische Milieu so zu gestalten, dass die positiven Einflüsse von Gruppenidentifikation überwiegen können. Durch eine Aufwertung der Gruppe in den Augen der Patienten kann die Gruppe selbst zur Ressource werden. Neben Therapien und Aktivitäten, die den Wert der Gruppe hervorheben und stärken, ist es wichtig, den Alltag in der Klinik so zu gestalten, dass sozial und physisch Raum für freiwillige Interaktion bleibt und der Stress, der durch unfreiwillige Interaktion entstehen kann, minimiert wird.

Trotz dieser Maßnahmen muss man sich bewusst sein, dass Stationen und Tageskliniken aufgrund der nötigen Regeln und vergleichsweise starren Abläufe Institutionen bleiben werden, die Abgrenzungsprozesse katalysieren können. Insofern bleiben die Bemühungen um Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung aktuell.

7 Literaturverzeichnis

- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine* Copyright O, 27, 131–141.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Corrigan, P. W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research*, 69(2–3), 175–82. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(03\)00186-5](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00186-5)
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about Depression and its Impact on Help-Seeking Intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51–54. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x>
- Baumann, A., Zäske, H., Decker, P., Klosterkötter, J., Maier, W., Möller, H. J., & Gaebel, W. (2007). Veränderungen in der sozialen Distanz der Bevölkerung gegenüber schizophren Erkrankten in 6 deutschen Großstädten. *Der Nervenarzt*, 78(7), 787–795. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2172-1>
- Bogardus, E. S. (1925). Measuring Social Distances. *Journal of Applied Sociology*, (9), 299–308. Retrieved from https://brocku.ca/MeadProject/Bogardus/Bogardus_1925c.html
- Bogardus, E. S. (1933). A Social Distance Scale. Retrieved March 16, 2018, from https://brocku.ca/MeadProject/Bogardus/Bogardus_1933.html
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review. *Comprehensive Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- Boyd Ritsher, J., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2003.08.008>
- Brockman, J., & D'Arcy, C. (1978). Correlates of attitudinal social distance toward the mentally ill: A review and re-survey. *Social Psychiatry*, 13(2), 69–77. <https://doi.org/10.1007/BF00583863>
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia*

- Research*, 122(1–3), 232–8. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010a). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10(1), 80. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>
- Campbell, D. T. (2007). Common fate, similarity, and other indices of the status of aggregates of persons as social entities. *Behavioral Science*, 3(1), 14–25. <https://doi.org/10.1002/bs.3830030103>
- Carius, D., Angermeyer, M. C., & Steinberg, H. (2003). Narrenhaus, Irrenanstalt, Heil- und Pflegeanstalt, Fachkrankenhaus - Zur Entwicklung der Bezeichnungen für psychiatrische Kliniken in Deutschland bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts. *Psychiatrische Praxis*, 30(8), 438–443. <https://doi.org/10.1055/s-2003-45208>
- Chang, C.-C., Wu, T.-H., Chen, C.-Y., Wang, J.-D., & Lin, C.-Y. (2014). Psychometric Evaluation of the Internalized Stigma of Mental Illness Scale for Patients with Mental Illnesses: Measurement Invariance across Time. *PLoS ONE*, 9(6), e98767. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098767>
- Chee, C. Y. I., Ng, T. P., & Kua, E. H. (2005). Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 648–653. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0932-z>
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(98\)80006-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(98)80006-0)
- Corrigan, P. W. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Social Work*, 52(1), 31–39. <https://doi.org/10.1093/sw/52.1.31>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Michaels, P. J., Buchholz, B. A., Rossi, R. Del, Fontecchio, M. J., ... Rüscher, N. (2015). Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research*, 229(1–2), 148–154. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2015.07.053>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüscher, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 75–81. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19516923>

- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (Eds.). (2001). *Social cognition and schizophrenia*. Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10407-000>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsçh, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, *189*(3), 339–43. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *57*(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2003). Factors That Explain How Policy Makers Distribute Resources to Mental Health Services. *Psychiatric Services*, *54*(4), 501–507. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.4.501>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2006). The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self–Stigma of Mental Illness: Implications for Self–Esteem and Self–Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of Family Psychology*, *20*(2), 239–246. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.2.239>
- Crabtree, J. W., Haslam, S. a, Postmes, T., & Haslam, C. (2010). Mental Health Support Groups, Stigma, and Self Esteem: Positive and Negative Implications of Group Identification. *Journal of Social Issues*, *66*(3), 553–569. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2010.01662.x>
- Derogatis, L. (2001). *BSI 18, Brief Symptom Inventory 18: administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis MN: NCS Pearson Inc. Retrieved from <http://www.worldcat.org/title/bsi-18-brief-symptom-inventory-18-administration-scoring-and-procedures-manual/oclc/132717179>
- Dohrenwend, B. P., & Chin-Shong, E. (1967). Social Status and Attitudes Toward Psychological Disorder: The Problem of Tolerance and Deviance. *American Sociological Review*, *32*(3), 417. <https://doi.org/10.2307/2091088>
- Ersoy, M. A., & Varan, A. (2007). Reliability and Validity of the Turkish Version of the

- Internalized Stigma of Mental Illness Scale. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(2). Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Azmi_Varan/publication/6269983_Reliability_and_validity_of_the_Turkish_version_of_the_Internalized_Stigma_of_Mental_Illness_Scale/links/00b7d525689f12dd4f000000/Reliability-and-validity-of-the-Turkish-version-of-the-In
- Finzen, A. (1996). *Der Verwaltungsrat ist schizophran: die Krankheit und das Stigma*. Retrieved from https://scholar.google.de/scholar?hl=de&as_sdt=0%2C5&q=+Finzen+A.+„Der+Verwaltungsrat+ist+schizophran“+--+die+Krankheit+und+das+Stigma.+Bonn%3A+Psychiatrie-Verlag+1996&btnG=
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., & Corrigan, P. W. (2008). Self-stigma of people with schizophrenia as predictor of their adherence to psychosocial treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(2), 95–104. <https://doi.org/10.2975/32.2.2008.95.104>
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheng, W. (2007). Measuring Self-Stigma of Mental Illness in China and Its Implications for Recovery. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 408–418. <https://doi.org/10.1177/0020764007078342>
- Gaertner, S. L., Rust, M. C., Dovidio, J. F., Bachman, B. A., & Anastasio, P. A. (1996). The Contact Hypothesis: The Role of a Common Ingroup Identity on Reducing Intergroup Bias among Majority and Minority Group Members. In *What's Social about Social Cognition? Research on Socially Shared Cognition in Small Groups* (pp. 230–260). 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483327648.n10>
- Ghanean, H., Nojomi, M., Jacobsson, L., & Jacobsson, L. (2011). Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran. *Stigma Research and Action*, 1(1), 11–17. <https://doi.org/10.5463/sra.v1i1.10>
- Goffman, E., & Helmreich, W. B. (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351327763>
- Grözinger, M., Amlacher, J., & Schneider, F. (2011). Besetzung ärztlicher Stellen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt*, 82, 1460–1468. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3193-3>
- Herman, N. J., & Miall, C. E. (1990). The positive consequences of stigma: Two case studies in mental and physical disability. *Qualitative Sociology*, 13(3), 251–269.

<https://doi.org/10.1007/BF00989596>

- Hinshaw, S. P. (2010). *The mark of shame : stigma of mental illness and an agenda for change*. Oxford University Press. Retrieved from https://books.google.de/books?id=1boVDAAAQBAJ&lr=&hl=de&source=gbs_navlinks_s
- Holzinger, A., Beck, M., Munk, I., Weithaas, S., & Angermeyer, M. C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter. *Psychiatrische Praxis*, 30(7), 395–401. <https://doi.org/10.1055/s-2003-43251>
- Hwang, T., Lee, W., Han, E., & Kwon, E. (2006). A Study on the Reliability and Validity of the Korean Version of Internalized Stigma of Mental Illness Scale (K-ISMI). *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 45(5), 418–426. Retrieved from <https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0055JKNA/2006.45.5.418&DT=1>
- Jetter, D. (1981). *Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- King, R. D., & Raynes, N. V. (1968). An operational measure of inmate management in residential institutions. *Social Science & Medicine (1967)*, 2(1), 41–53. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(68\)90100-5](https://doi.org/10.1016/0037-7856(68)90100-5)
- Leach, C. W., van Zomeren, M., Zebel, S., Vliek, M. L. W., Pennekamp, S. F., Doosje, B., ... Spears, R. (2008). Group-level self-definition and self-investment: A hierarchical (multicomponent) model of in-group identification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(1), 144–165. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.1.144>
- Lickel, B., Hamilton, D. L., Wierzchowska, G., Lewis, A., Sherman, S. J., & Uhles, A. N. (2000). Varieties of groups and the perception of group entitativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 223–246. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.223>
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The Social Rejection of Former Mental Patients: Understanding Why Labels Matter. *American Journal of Sociology*, 92(6), 1461–1500. <https://doi.org/10.1086/228672>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol.*, 27(Lewis 1998), 363–85. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2010.09.030>

- Lovakov, A. V., Agadullina, E. R., & Osin, E. N. (2015). A Hierarchical (Multicomponent) Model of In-Group Identification: Examining in Russian Samples. *Spanish Journal of Psychology*, 18(32), 1–12. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.37>
- Mummendey, a. (1985). Verhalten zwischen sozialen Gruppen. Die Theorie der sozialen Identität. *Theorien Der Sozialpsychologie*.
- Ng, C. H. (1997). The Stigma of Mental Illness in Asian Cultures. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(3), 382–390. <https://doi.org/10.3109/00048679709073848>
- Ottati, V., v. Bodenhausen, G., & Newman, L. S. (2005). Social Psychological Models of Mental Illness Stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change* (pp. 99–128). Washington DC. Retrieved from <http://faculty.wcas.northwestern.edu/bodenhausen/OBN05.pdf>
- Parrillo, V. N., & Donoghue, C. (2005). Updating the Bogardus social distance studies: a new national survey. *The Social Science Journal*, 42(2), 257–271. <https://doi.org/10.1016/J.SOSCIJ.2005.03.011>
- Roth, J., & Mazziotta, A. (2015). Adaptation and Validation of a German Multidimensional and Multicomponent Measure of Social Identification. *Social Psychology*, 46(5), 277–290. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000243>
- Rothbart, M., & Park, B. (2004). The Mental Representation of Social Categories: Category Boundaries, Entitativity, and Stereotype Change. In *The psychology of group perception: Perceived variability, entitativity, and essentialism*. (pp. 79–100). New York, NY, US: Psychology Press.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Das Stigma psychischer Erkrankung: Konzepte, Formen und Folgen. *Psychiatrische Praxis*, 32(5), 221–232. <https://doi.org/10.1055/s-2004-834566>
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., ... Batia, K. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 195(6), 551–2. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.067157>
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). Ingroup perception and responses to stigma among persons with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(4), 320–328. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01403.x>

- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., ... Corrigan, P. W. (2006). Self-Stigma in Women With Borderline Personality Disorder and Women With Social Phobia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), 766–773. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000239898.48701.dc>
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 324(7352), 1470–1. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12077020>
- Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H.-R., Stuart, H., Akiyama, T., Arboleda-Flórez, J., ... Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(3), 131–44. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20975855>
- Scheff, T. J. (1971). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory* (3rd ed.). Chicago. Retrieved from https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=6iXy3_TBYW8C&oi=fnd&pg=PR9&ots=W5J-KI34KD&sig=fSygHd6X22ealqt9Uf2rKEEkKXk&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N., & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(04), 261–268. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.189464>
- Schomerus, G. (2009). Steine auf dem Weg ± Stigma und Hilfesuchverhalten Obstacles in the Way ± Stigma and Help-Seeking. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1090202>
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 114(1), 12–7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013>
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: are there indications of discrimination against those with mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(5), 369–77. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0029-8>
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(5), 298–306. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0870-y>
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic

- review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440–452.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2002). Perspektivenwechsel: Stigma aus der Sicht schizophrener Erkrankter, ihrer Angehörigen und von Mitarbeitern in der psychiatrischen Versorgung. *Neuropsychiatrie*, (16), 78–86. Retrieved from http://gpg-tirol.at/fileadmin/media/Veroeffentlichungen/Neuropsychiatrie/Heft_16_1_2.pdf#page=78
- Schutt, R. K., Rosenheck, R. E., Penk, W. E., Drebing, C. E., & Seibyl, C. L. (2005). The social environment of transitional work and residence programs: Influences on health and functioning. *Evaluation and Program Planning*, 28(3), 291–300.
<https://doi.org/10.1016/J.EVALPROGPLAN.2005.04.004>
- Steinbach, A. (2004). Das Konzept der sozialen Distanz. In *Soziale Distanz* (pp. 17–41). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-80531-7_2
- Swanson, R. M., & Spitzer, S. P. (1970). Stigma and Psychiatric Patient Career. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.11(No.1), 44–51. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/pdf/2948288.pdf>
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. In S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *Psychology of Intergroup Relations* (pp. 7–24). Retrieved from <http://psycnet.apa.org/record/2004-13697-016>
- Thoits, P. A. (2011). Resisting the Stigma of Mental Illness. *Social Psychology Quarterly*, 74(1), 6–28. <https://doi.org/10.1177/0190272511398019>
- Trute, B., Tefft, B., & Segall, A. (1989). Social rejection of the mentally ill: A replication study of public attitude. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 24(2), 69–76.
<https://doi.org/10.1007/BF01788629>
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2008). Ward features affecting stigma experiences in contemporary psychiatric hospitals: a multilevel study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(5), 418–428. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0314-4>
- Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2006). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1312–1318.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl076>
- Watson, A. C., Ottati, V., & Corrigan, P. (2003). From Whence Comes Mental Illness Stigma?

International Journal of Social Psychiatry, 49(2), 142–157.
<https://doi.org/10.1177/0020764003049002007>

West, M. L., Yanos, P. T., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2011). Prevalence of Internalized Stigma among Persons with Severe Mental Illness. *Stigma Research and Action*, 1(1), 3–10. <https://doi.org/10.5463/sra.v1i1.9>

Whatley, C. D. (1959). Social Attitudes toward Discharged Mental Patients. *Social Problems*, 6(4), 313–320. <https://doi.org/10.2307/799364>

Wright, E. R., Gronfein, W. P., & Owens, T. J. (2000). Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-Esteem of Former Mental Patients. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 68. <https://doi.org/10.2307/2676361>

Zick, A. (2002). Die Konflikttheorie der Theorie sozialer Identität. In *Sozialwissenschaftliche Konflikttheorien* (pp. 409–426). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-322-94989-9_20

8 Anhang

Auf den nächsten Seiten ist der verwendete Fragebogen abgebildet. Dieser enthält auch Skalen, die nicht Gegenstand dieser Dissertation sind.

Deckblatt – bitte ausfüllen, abreißen, abheften.

Patienten Initialen (Vorname-Nachname)		Geburtsdatum (Jahr)	
_____		_____	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich			
Diagnosen (ICD-10):			
1.		6.	
2.		7.	
3.		8.	
4.		9.	
5.		10.	
<input type="checkbox"/> Aufnahme <input type="checkbox"/> Übernahme			
Anzahl der stationären Aufenthalte im letzten Jahr (alle, einschließlich aktueller Aufenthalt)		<input type="checkbox"/> geschätzt	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> sicher	
Anzahl der <u>Behandlungstage</u> im letzten Jahr			
Stationär :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> geschätzt
Teilstationär :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> sicher
Datum: _____		<input type="checkbox"/> FB ausgehändigt	
		<input type="checkbox"/> FB ausgefüllt	

FB-Nr: _____

vollständig

Einstellungen zu psychischen Erkrankungen

Fragebogen Teil 1

Liebe Patientin, lieber Patient,

Im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen und in einigen Wochen einen zweiten auszufüllen.

Ihre Angaben sind freiwillig, bleiben anonym und werden nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet.

Bitte arbeiten Sie den Fragebogen in Ruhe durch. Wenn Ihnen etwas nicht klar ist -fragen Sie Frau Granitzka!

Uns ist wichtig, dass Sie die Fragen möglichst vollständig beantworten. Grübeln Sie nicht zu lange bei einzelnen Fragen, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen am ehesten zutreffend erscheint. Es gibt kein „falsch“ oder „richtig“, sondern es geht um Ihre persönliche Meinung.

Bitte sprechen Sie nicht mit Mitpatienten über die Inhalte des Fragebogens. So können alle Teilnehmer möglichst ohne Vorinformationen den Fragebogen ausfüllen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Kontakt:

PD Dr. med. Georg Schomerus, Oberarzt

PD Dr. med. Philipp Kuwert, Oberarzt

Dipl. Psych. Susanne Prüß, Psychologin

Dr. med. Martin Miertsch, Arzt

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Rostocker Chaussee 70

18437 Stralsund

Dauer aktueller Aufenthalt:

1dauer

Wie viele **Tage** sind Sie jetzt bereits in unserer Klinik in Behandlung? _____

Jetzt möchten wir etwas über vorherige stationäre und teilstationäre psychiatrische Behandlungen wissen.

Waren Sie vor diesem Aufenthalt **im letzten Jahr** schon einmal in einer psychiatrischen Klinik?

Wenn ja, wie oft? stationär _____ Mal anzst

teilstationär _____ Mal anztst

Wie viele Wochen insgesamt? stationär _____ Wochen anzwst

teilstationär _____ Wochen anzwtst

Wie oft waren Sie insgesamt **in Ihrem Leben** schon stationär oder teilstationär in psychiatrischer Behandlung (diesen Aufenthalt nicht mitgerechnet)?

_____ Mal anzges

Wie viele Wochen waren das insgesamt etwa? _____ Wochen

anzgesw

Haben Sie außerhalb der Klinik **Kontakt zu anderen psychisch Kranken**? Bitte machen Sie an der entsprechenden Stelle ein Kreuz.

₁ gar nicht ₂ selten ₃ gelegentlich ₄ viel ₅ sehr viel kontakt

Rauchen Sie? ₁ Ja ₀ Nein

rauch

Für stationäre Patienten: Haben Sie aktuell ein **Einzelzimmer**? ₁ Ja ₀ Nein

1ez

Besuchen Sie **Internetforen**, die sich mit Ihrer psychischen Erkrankung beschäftigen?

₀ nie ₁ selten ₂ gelegentlich ₃ häufig ₄ sehr häufig 1int

Wenn ja, welche? _____

Wie verhalten Sie sich, wenn Sie solche Foren besuchen? Bitte kreuzen Sie entsprechendes an.

1intver

₁ Passiv, ich lese mir die Beiträge nur durch.

₂ Ich schreibe auch selbst Beiträge.

Uns interessiert, was Sie als mögliche **Ursache für Ihre aktuellen Beschwerden** sehen, also Ihre persönlichen Ansichten, was Ihrer Meinung nach Ihre Schwierigkeiten verursacht, also nicht unbedingt was andere (einschließlich Arzt oder Familie) Ihnen als Ursache nahelegen.

Unten finden Sie eine Liste mit möglichen Ursachen. Bitte geben Sie durch Ankreuzen an, wie stark Sie zustimmen oder ablehnen, dass diese bei Ihnen als Ursache in Frage kommen.

1ur01-20	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt nicht	Weder noch	Stimmt	Stimmt voll und ganz
1. Stress und Sorgen	①	②	③	④	⑤
2. Schock durch ein einschneidendes Lebensereignis wie den Verlust eines Menschen, der einem nahe stand	①	②	③	④	⑤
3. Familienprobleme	①	②	③	④	⑤
4. Überarbeitung	①	②	③	④	⑤
5. Vererbt – kommt in meiner Familie öfter vor	①	②	③	④	⑤
6. Stoffwechselstörung im Gehirn	①	②	③	④	⑤
7. Erkrankung des Gehirns	①	②	③	④	⑤
8. Bakterien oder Viren	①	②	③	④	⑤
9. Schlechte medizinische Versorgung in der Vergangenheit	①	②	③	④	⑤
10. Umweltverschmutzung bzw. Umweltgifte	①	②	③	④	⑤
11. Ernährungs- oder Essgewohnheiten	①	②	③	④	⑤
12. Alkohol	①	②	③	④	⑤
13. Zufall oder Pech	①	②	③	④	⑤
14. Mein eigenes Verhalten	①	②	③	④	⑤
15. Meine Einstellung, z.B. negatives Denken über das Leben	①	②	③	④	⑤
16. Meine Persönlichkeit	①	②	③	④	⑤
17. Willensschwäche	①	②	③	④	⑤
18. Trauma, Gewalterfahrung	①	②	③	④	⑤

1ur01-20	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt nicht	Weder noch	Stimmt	Stimmt voll und ganz
19. Aufgewachsen in zerrütteten Familien- verhältnissen bzw. in einem Heim	①	②	③	④	⑤
20. Lieblose Behandlung im Elternhaus oder zu strenge Erziehung	①	②	③	④	⑤

Nun möchten wir von Ihnen wissen, wie Sie zu psychisch kranken Menschen stehen.

Bitte geben Sie durch Ankreuzen an, welche Antwort am besten auf Sie zutrifft.

1ident01-11	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt nicht	Weder noch	Stimmt	Stimmt voll und ganz
1. Ich fühle mich mit psychisch kranken Menschen verbunden.	①	②	③	④	⑤
2. Ich empfinde Solidarität mit psychisch kranken Menschen.	①	②	③	④	⑤
3. Ich fühle mich psychisch kranken Menschen ge- genüber verpflichtet.	①	②	③	④	⑤
4. Ich denke, dass psychisch kranke Menschen eine Menge haben, auf die sie stolz sein können.	①	②	③	④	⑤
5. Ich denke oft über die Tatsache nach, dass ich psychisch krank bin.	①	②	③	④	⑤
6. Die Tatsache, dass ich psychisch krank bin, ist ein wichtiger Teil meiner Identität.	①	②	③	④	⑤
7. Psychisch krank zu sein, ist ein wichtiger Teil des- sen, wie ich mich selber sehe.	①	②	③	④	⑤
8. Ich habe eine Menge mit dem durchschnittlichen psychisch Kranken gemeinsam.	①	②	③	④	⑤
9. Ich bin dem durchschnittlichen psychisch Kran- ken ähnlich.	①	②	③	④	⑤
10. Psychisch kranke Menschen haben eine Menge miteinander gemeinsam.	①	②	③	④	⑤
11. Psychisch kranke Menschen sind einander sehr ähnlich.	①	②	③	④	⑤

Uns würde interessieren, **wie Sie persönlich zu jemand mit einer psychischen Erkrankung stehen.**

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an. 1 bedeutet „ganz bestimmt“, 5 bedeutet „sicher nicht“. Mit den Werten dazwischen können Sie ihre Antwort abstufen.

1sdis01-07	Ganz bestimmt					Sicher nicht
1. Wenn Sie ein Zimmer zu vermieten hätten, inwieweit würden Sie jemand mit einer psychischen Erkrankung als Untermieter nehmen?	①	②	③	④	⑤	
2. Inwieweit würden Sie jemand mit einer psychischen Erkrankung als Arbeitskollegen akzeptieren?	①	②	③	④	⑤	
3. Inwieweit wäre Ihnen jemand mit einer psychischen Erkrankung als Nachbar recht?	①	②	③	④	⑤	
4. Inwieweit würden Sie jemand mit einer psychischen Erkrankung Ihre Kinder einige Stunden zur Aufsicht anvertrauen?	①	②	③	④	⑤	
5. Inwieweit würden Sie jemand mit einer psychischen Erkrankung als Freund akzeptieren?	①	②	③	④	⑤	
6. Inwieweit würden Sie eine Freundin oder einen Freund von Ihnen mit jemandem bekannt machen, der eine psychische Erkrankung hat?	①	②	③	④	⑤	
7. Wenn einer Ihrer Bekannten eine Arbeitsstelle zu besetzen hätte, inwieweit würden Sie ihm jemand empfehlen, von dem Sie wissen dass er eine psychische Erkrankung hat?	①	②	③	④	⑤	

Es gibt viele Einstellungen über psychische Erkrankungen. Wir würden gerne wissen, was nach Ihrer Meinung die Mehrheit der gesamten Bevölkerung oder die meisten Leute denken über diese Einstellungen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit der unten angegebenen 5-Punkt-Skala. Bitte geben Sie durch Ankreuzen an, wie stark Sie zustimmen oder ablehnen. Beantworten Sie bitte jede Frage und lassen Sie keine aus.

Abschnitt I:

	Stimme über haupt nicht		Weder noch		Stimme voll ig zu
Ich denke, die Öffentlichkeit glaubt ...					
1. ...den meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung kann man nicht trauen.	①	②	③	④	⑤
2. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind abscheulich.	①	②	③	④	⑤
3. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.	①	②	③	④	⑤
4. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schmutzig und ungepflegt.	①	②	③	④	⑤
5. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schuld an ihren Problemen.	①	②	③	④	⑤
6. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben eine unterdurchschnittliche Intelligenz.	①	②	③	④	⑤
7. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.	①	②	③	④	⑤
8. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern.	①	②	③	④	⑤
9. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.	①	②	③	④	⑤
10... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.	①	②	③	④	⑤

1ssmil01-10

Abschnitt II

Jetzt würden wir gerne wissen, wie Sie jetzt über diese Einstellungen denken. Stimmen Sie ihnen zu?

	Stimme überhaupt nicht		Weder noch		Stimme völlig zu
Ich denke...					
1. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schuld an ihren Problemen.	①	②	③	④	⑤
2. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind unberechenbar.	①	②	③	④	⑤
3. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung werden sich nicht erholen oder bessern.	①	②	③	④	⑤
4. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.	①	②	③	④	⑤
5. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind schmutzig und ungepflegt.	①	②	③	④	⑤
6. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind gefährlich.	①	②	③	④	⑤
7. ... den meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung kann man nicht trauen.	①	②	③	④	⑤
8. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben eine unterdurchschnittliche Intelligenz.	①	②	③	④	⑤
9. ... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung können nicht für sich sorgen.	①	②	③	④	⑤
10... die meisten Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind abscheulich.	①	②	③	④	⑤

1ssmil01-10

Abschnitt III

Als nächstes würden wir gerne wissen, ob Sie jetzt denken, irgendeine dieser Einstellungen trifft auf Sie zu.

	Stimme übereinstimmend	Stimme nicht übereinstimmend	Weder noch	Stimme nicht übereinstimmend	Stimme übereinstimmend
Weil ich eine psychische Erkrankung habe...					
1. ... bin ich unterdurchschnittlich intelligent.	①	②	③	④	⑤
2. ... kann man mir nicht trauen.	①	②	③	④	⑤
3. ... kann ich keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.	①	②	③	④	⑤
4. ... bin ich schmutzig und ungepflegt.	①	②	③	④	⑤
5. ... kann ich nicht für mich sorgen.	①	②	③	④	⑤
6. ... werde ich mich nicht erholen oder bessern.	①	②	③	④	⑤
7. ... bin ich schuld an meinen Problemen.	①	②	③	④	⑤
8. ... bin ich unberechenbar.	①	②	③	④	⑤
9. ... bin ich gefährlich.	①	②	③	④	⑤
10.... bin ich abscheulich.	①	②	③	④	⑤

1ssmill01-10

Abschnitt IV

Als letztes würden wir gerne wissen, wie diese Einstellungen jetzt Ihr Selbstwertgefühl beeinflussen oder wie sehr Sie sich selbst respektieren.

	Stimme über- haupt nicht		Weder noch		Stimme voll- ständig zu
Ich respektiere mich <u>jetzt</u> weniger, denn...					
1. ... ich kann nicht für mich sorgen.	①	②	③	④	⑤
2. ... ich kann keine geregelte Arbeit bekommen oder behalten.	①	②	③	④	⑤
3. ... ich bin gefährlich.	①	②	③	④	⑤
4. ... man kann mir nicht trauen.	①	②	③	④	⑤
5. ... ich bin schuld an meinen Problemen.	①	②	③	④	⑤
6. ... ich werde mich nicht erholen oder bessern.	①	②	③	④	⑤
7. ... ich bin abscheulich.	①	②	③	④	⑤
8. ... ich bin unberechenbar.	①	②	③	④	⑤
9. ... ich bin schmutzig und ungepflegt.	①	②	③	④	⑤
10.... ich bin unterdurchschnittlich intelligent.	①	②	③	④	⑤

1ssmilV01-10

Wir werden im folgenden Fragebogen die Bezeichnung "psychische Erkrankung" verwenden, jedoch bitten wir Sie, an die Ihrer Meinung nach best geeignete Bezeichnung dafür zu denken.

Geben Sie bitte für jede Aussage an, ob Sie voll ablehnen (1), eher ablehnen (2), eher zustimmen (3) oder voll zustimmen (4).

1ismi01-29	lehne voll ab	lehne eher ab	stimme eher zu	stimme voll zu
1. Ich fühle mich fehl am Platz in der Welt, weil ich eine psychische Erkrankung habe.	①	②	③	④
2. Psychisch kranke Menschen neigen dazu, gewalttätig zu sein.	①	②	③	④
3. Menschen diskriminieren mich, weil ich eine psychische Erkrankung habe.	①	②	③	④
4. Ich vermeide es, Menschen ohne psychische Erkrankung nahe zu kommen, um nicht zurückgewiesen zu werden.	①	②	③	④
5. Es ist mir peinlich oder ich schäme mich dafür, eine psychische Erkrankung zu haben.	①	②	③	④
6. Psychisch kranke Menschen sollten nicht heiraten.	①	②	③	④
7. Menschen mit psychischer Erkrankung leisten einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft.	①	②	③	④
8. Ich fühle mich anderen, die keine psychische Erkrankung haben, unterlegen.	①	②	③	④
9. Ich gehe nicht mehr so viel unter die Leute wie früher, weil ich durch die psychische Erkrankung merkwürdig aussehe oder mich merkwürdig verhalten könnte.	①	②	③	④
10. Menschen mit einer psychischen Erkrankung können kein gutes, erfülltes Leben leben.	①	②	③	④
11. Ich rede nicht viel über mich, weil ich andere nicht mit meiner psychischen Erkrankung belasten will.	①	②	③	④
12. Negative Klischees über psychische Krankheit isolieren mich von der „normalen“ Welt.	①	②	③	④
13. Unter Menschen zu sein, die keine psychische Erkrankung haben, gibt mir das Gefühl, nicht dazuzugehören oder unzulänglich zu sein.	①	②	③	④
14. Ich fühle mich wohl dabei, in der Öffentlichkeit mit einer offensichtlich psychisch kranken Person gesehen zu werden.	①	②	③	④
15. Menschen behandeln mich oft herablassend oder wie ein Kind, nur weil ich eine psychische Erkrankung habe.	①	②	③	④

1ismi01-29	lehne voll ab	lehne eher ab	stimme eher zu	stimme voll zu
16. Ich bin von mir selbst enttäuscht, weil ich eine psychische Erkrankung habe.	①	②	③	④
17. Die psychische Erkrankung hat mein Leben verderben.	①	②	③	④
18. Menschen können aufgrund meines Aussehens erkennen, dass ich eine psychische Erkrankung habe.	①	②	③	④
19. Da ich eine psychische Erkrankung habe, brauche ich andere, um die meisten Entscheidungen für mich zu treffen.	①	②	③	④
20. Ich meide gesellige Anlässe, um meine Familie oder meine Freunde vor Peinlichkeiten zu bewahren.	①	②	③	④
21. Menschen ohne eine psychischen Erkrankung können mich unmöglich verstehen.	①	②	③	④
22. Menschen ignorieren mich oder nehmen mich weniger ernst, nur weil ich eine psychische Erkrankung habe.	①	②	③	④
23. Ich kann nichts für die Gesellschaft beitragen, da ich eine psychische Erkrankung habe.	①	②	③	④
24. Das Leben mit meiner psychischen Erkrankung hat mich zu einer zähen Überlebenskünstlerin gemacht.	①	②	③	④
25. Niemand wäre daran interessiert mir nahe zu kommen, da ich eine psychische Erkrankung habe.	①	②	③	④
26. Im Allgemeinen bin ich fähig das Leben so zu leben, wie ich will.	①	②	③	④
27. Ich kann trotz meiner psychischen Erkrankung ein gutes, erfülltes Leben haben.	①	②	③	④
28. Andere denken, dass ich in meinem Leben nicht viel erreichen kann, da ich eine psychische Erkrankung habe.	①	②	③	④
29. Klischees über psychisch Kranke treffen auf mich zu.	①	②	③	④

Im Folgenden würden wir gern von Ihnen wissen, inwiefern Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen für Sie relevant sind.

Bitte lesen Sie die folgenden Äußerungen und bewerten Sie jeden Satz von 1 (stimmt überhaupt nicht) bis 5 (stimmt voll und ganz).

1kog01-08	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt nicht	Weder noch	Stimmt	Stimmt voll und ganz
1. Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen werden meine Zukunft negativ beeinflussen.	①	②	③	④	⑤
2. Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen werden nachteilige oder schlechte Folgen für mich haben.	①	②	③	④	⑤
3. Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen werden viele Bereiche meines Lebens beeinträchtigen.	①	②	③	④	⑤
4. Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen werden einen schwerwiegenden Einfluss auf mein Leben haben.	①	②	③	④	⑤
5. Ich bin vorbereitet, Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen zu bewältigen.	①	②	③	④	⑤
6. Ich habe die nötigen Ressourcen, um Probleme durch Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen zu lösen.	①	②	③	④	⑤
7. Ich werde mein Bestes tun, um mit Vorurteilen gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen zurecht zu kommen.	①	②	③	④	⑤
8. Ich kann mich erfolgreich den Anforderungen stellen, die durch Vorurteile gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen entstehen.	①	②	③	④	⑤

Sie finden hier eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie **während der vergangenen 7 Tage bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

*Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort, den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz bei der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach die richtige Zahl an. **Bitte beantworten Sie jede Frage!***

Wie sehr litten Sie in den letzten 7 Tagen bis heute unter ...?	gar nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	①	②	③	④	⑤
2. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	①	②	③	④	⑤
3. Nervosität oder innerem Zittern	①	②	③	④	⑤
4. Herz- und Brustschmerzen	①	②	③	④	⑤
5. Einsamkeitsgefühlen	①	②	③	④	⑤
6. dem Gefühl gespannt oder aufgeregt zu sein	①	②	③	④	⑤
7. Übelkeit oder Magenverstimmung	①	②	③	④	⑤
8. Schwermut	①	②	③	④	⑤
9. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	①	②	③	④	⑤
10. Schwierigkeiten beim Atmen	①	②	③	④	⑤
11. dem Gefühl, wertlos zu sein	①	②	③	④	⑤
12. Schreck- oder Panikanfällen	①	②	③	④	⑤
13. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	①	②	③	④	⑤
14. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts Ihrer Zukunft	①	②	③	④	⑤
15. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht mehr still sitzen können	①	②	③	④	⑤
16. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	①	②	③	④	⑤
17. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	①	②	③	④	⑤
18. Furchtsamkeit	①	②	③	④	⑤

1bsi01-18

Jetzt noch ein paar Fragen zu Ihrer Person.

schubi

Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?

- ₁ noch Schüler
- ₂ ohne Abschluss abgegangen
- ₃ 8. Klasse (Hauptschulabschluss, Volksschulabschluss)
- ₄ 10. Klasse (Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife, POS)
- ₅ 12. oder 13. Klasse (Abitur, allgemeine Hochschulreife, EOS, Fachhochschulreife, Fachgebundene Hochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule)

Sind Sie

- ₁ ledig
- ₂ verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft
- ₃ verwitwet
- ₄ geschieden

famstand

Leben Sie in einer festen Partnerschaft?

- ₁ ja
- ₀ nein

partner

Persönliche Bemerkungen:

Wir danken Ihnen sehr für die Teilnahme!

8.1.1 Multiple lineare Regression, Zusammenhang von SSMI2 und ISMI, kontrolliert für soziodemographische Variablen:

Optisch zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung der Verteilungskurve der Residuen im Vergleich zur Normalverteilung, der Skewness-Kurtosis-Test (Jarque Bera) wird nicht signifikant, die Residuen sind also als normalverteilt anzunehmen. Der Variance Inflation Factor Test für Multikollinearität zeigt für jede der Variablen Werte von unter 1,2, es besteht also keine Multikollinearität. Der Residual versus Fitted Plot zeigt eine weitgehende Varianzhomogenität. Der White-Test für Heteroskedastizität wird knapp nicht signifikant. Der Breusch-Pagan-Test für Heteroskedastizität wird nicht signifikant. Aufgrund unauffälliger Ergebnisse in der Regressionsdiagnostik wurde das Modell im ursprünglichen Zustand belassen.

8.2 Ausführungen zu Regressionsdiagnostik und zur Durchführung von robusten Regressionen – erste Hypothese

8.2.1 Multiple lineare Regression, Zusammenhang von SSMI2 und SSMI3, kontrolliert für soziodemographische Variablen:

Optisch zeigt sich eine leichte Schiefe der Verteilungskurve der Residuen im Vergleich zur Normalverteilung, der Skewness-Kurtosis-Test (Jarque Bera) wird jedoch nicht signifikant, die Residuen sind also als normalverteilt anzunehmen. Der Variance Inflation Factor Test für Multikollinearität zeigt für jede der Variablen Werte von unter 1,2, es besteht also keine Multikollinearität. Die optische Darstellung für Homoskedastizität (residual versus fitted plot) zeigt eine leichte Varianzinhomogenität; für höhere Werte scheint also eine höhere Varianz des Fehlers vorzuliegen. Der Whitetest für Heteroskedastizität wird nicht signifikant, der Breusch-Pagan-Test für Heteroskedastizität wird jedoch signifikant: $\text{Chi}^2=8,22$, $p=0,004$. Daher wurde das Modell mithilfe einer robusten Regression geheilt: Regressionskoeffizient des SSMI2 in der robusten Regression= 0,352, $p=0,008$, siehe Tabelle.

8.2.2 Multiple lineare Regression, Zusammenhang von sozialer Distanz-Skala und SSMI3, kontrolliert für soziodemographische Variablen:

Optisch zeigt sich eine deutliche Schiefe der Verteilungskurve der Residuen nach rechts im Vergleich zur Normalverteilung, der Skewness-Kurtosis-Test (Jarque Bera) wird auch signifi-

kant, die Residuen sind also als nicht normalverteilt anzunehmen. Der Variance Inflation Factor Test für Multikollinearität zeigt für jede der Variablen Werte von unter 1,2, es besteht also keine Multikollinearität. Der Residual versus Fitted Plot zeigt eine hohe Varianzinhomogenität mit einer höheren Varianz des Fehlers für hohe Werte. Der White-Test für Heteroskedastizität wird nicht signifikant. Der Breusch-Pagan-Test für Heteroskedastizität wird jedoch signifikant. Aufgrund von Heteroskedastizität und mangelnder Normalverteilung der Residuen wurde eine robuste Regression durchgeführt: Regressionskoeffizient der sozialen Distanz-Skala= 0,071, $p=0,370$, siehe Tabelle.

8.2.3 Multiple lineare Regression, Zusammenhang von sozialer Distanz-Skala und ISMI, kontrolliert für soziodemographische Variablen:

Optisch zeigt sich eine leicht flachgipfligere Verteilungskurve der Residuen im Vergleich zur Normalverteilung (leicht geringere Kurtosis), der Skewness-Kurtosis-Test (Jarque Bera) wird aber nicht signifikant, die Residuen sind also als normalverteilt anzunehmen. Der Variance Inflation Factor Test für Multikollinearität zeigt für jede der Variablen Werte von unter 1,2, es besteht also keine Multikollinearität. Die optische Darstellung für Homoskedastizität zeigt einen leichten, sich nach rechts öffnenden Trichter, es scheint also eine höhere Varianz des Fehlers für höhere Werte vorzuliegen. Der White-Test für Heteroskedastizität, ebenso wie der Breusch-Pagan-Test für Heteroskedastizität, wird nicht signifikant. Aufgrund überwiegend unauffälliger Ergebnisse in der Regressionsdiagnostik wurde das Modell im ursprünglichen Zustand belassen.

	SSMI3			
	Coef.	p-Wert	Coef.	p-Wert
SSMI2	0,352	0,008	-	-
Soziale Distanz	-	-	0,071	0,370
Symptomschwere	0,005	0,271	0,007	0,121
Alter	-0,008	0,135	-0,010	0,053
Geschlecht	0,012	0,921	-0,074	0,589
Schulbildung	0,101	0,921	0,138	0,121
p-Wert	0,006		0,126	
R ²	0,244		0,111	

Tabelle 12: Ergebnisse der robusten Regressionen zum Zusammenhang der eigenen stigmatisierenden Haltungen und eigenen Stereotype (repräsentiert durch die soziale Distanz-Skala und den SSMI2) mit dem SSMI3 mit den wichtigsten Kennzahlen und Testgütekriterien. Signifikante Ergebnisse fett gedruckt.

8.2.4 Multiple lineare Regression, Zusammenhang der Gruppenidentifikationsitems mit dem SSMI3:

Optisch zeigt sich eine leichte Schiefe der Verteilungskurve der Residuen nach links im Vergleich zur Normalverteilung, der Skewness-Kurtosis-Test (Jarque Bera) wird aber nicht signifikant, die Residuen sind also als normalverteilt anzunehmen. Der Variance Inflation Factor Test für Multikollinearität zeigt für jede der Variablen Werte von unter 1,3, es besteht also keine Multikollinearität. Die optische Darstellung für Homoskedastizität zeigt einen leichten, sich nach rechts öffnenden Trichter, es scheint also eine höhere Varianz des Fehlers für höhere Werte vorzuliegen. Der White-Test für Heteroskedastizität wird nicht signifikant, der Breusch-Pagan-Test für Heteroskedastizität wird jedoch signifikant. Aufgrund uneinheitlicher Ergebnisse bezüglich Heteroskedastizität wurde eine robuste Regression durchgeführt.

8.2.5 Multiple lineare Regression, Zusammenhang der Gruppenidentifikationsitems mit dem ISMI:

Optisch zeigt sich eine leicht flachgipfligere Verteilungskurve der Residuen im Vergleich zur Normalverteilung (geringe Kurtosis), der Skewness-Kurtosis-Test (Jarque Bera) wird aber nicht signifikant, die Residuen sind also als normalverteilt anzunehmen. Der Variance Inflation Factor Test für Multikollinearität zeigt für jede der Variablen Werte von unter 1,3, es besteht also keine Multikollinearität. Die optische Darstellung für Homoskedastizität zeigt einen leichten, sich nach rechts öffnenden Trichter, es scheint also eine weitgehende Varianzhomogenität zu bestehen. Der White-Test für Heteroskedastizität und der Breusch-Pagan-Test für Heteroskedastizität werden jedoch signifikant. Aufgrund uneinheitlicher Ergebnisse bezüglich Heteroskedastizität wurde eine robuste Regression durchgeführt.

8.3 Ausführungen zu Regressionsdiagnostik und zur Durchführung von robusten Regressionen – zweite Hypothese

8.3.1 Multiple lineare Regression, Zusammenhang der sozialen Distanz-Skala mit der Gruppenidentifikation:

Optisch zeigt eine leichte Schiefe der Verteilungskurve der Residuen nach links im Vergleich zur Normalverteilung (leicht geringere Kurtosis), der Skewness-Kurtosis-Test (Jarque Bera) wird zudem signifikant, die Residuen können also nicht als normalverteilt angesehen werden.

Der Variance Inflation Factor Test für Multikollinearität zeigt für jede der Variablen Werte von unter 1,2, es besteht also keine Multikollinearität. Die optische Darstellung für Homoskedastizität (Residual versus Fitted Plot) zeigt mit Ausnahme von wenigen Ausreißern Varianzhomogenität an, der White-Test für Heteroskedastizität wird nicht signifikant, der Breusch-Pagan-Test für Heteroskedastizität jedoch wird signifikant. Aufgrund von Anzeichen für Heteroskedastizität und mangelnde Normalverteilung der Residuen führten wir eine robuste Regression durch (siehe Tabelle).

8.3.2 Multiple lineare Regression, Zusammenhang des SSMI2 mit der Gruppenidentifikation:

Optisch zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung der Verteilungskurve der Residuen im Vergleich zur Normalverteilung, der Skewness-Kurtosis-Test (Jarque Bera) wird jedoch signifikant, die Residuen können als nicht als normalverteilt angenommen werden. Der Variance Inflation Factor Test für Multikollinearität zeigt für jede der Variablen Werte von unter 1,2, es besteht also keine Multikollinearität. Die optische Darstellung für Homoskedastizität (Residual versus Fitted Plot) zeigt weitgehend Varianzhomogenität an, der White-Test für Heteroskedastizität ist nicht signifikant, der Breusch-Pagan-Test für Heteroskedastizität jedoch wird signifikant. Aufgrund uneinheitlicher Ergebnisse bezüglich Normalverteilung der Residuen und Heteroskedastizität wurde eine robuste Regression durchgeführt (siehe Tabelle).

Tabelle 13: Ergebnisse der robusten Regressionen zum Zusammenhang zwischen eigenen stigmatisierenden Haltungen (repräsentiert durch die soziale Distanz-Skala und den SSMI2) und den Gruppenidentifikationsitems mit den wichtigsten Kennzahlen und Testgütekriterien. Signifikante Ergebnisse fett gedruckt.

	Gruppenidentifikationsitems			
	Coef.	p-Wert	Coef.	p-Wert
SSMI2	-0,215	0,151	-	-
Soziale Distanz	-	-	-0,271	0,020
Symptomschwere	0,022	0,001	0,019	0,005
Alter	0,009	0,105	0,012	0,058
Geschlecht	0,135	0,409	0,156	0,347
Schulbildung	-0,019	0,836	-0,029	0,740
p-Wert	<0,001		<0,001	
R ²	0,231		0,260	

8.3.3 Multiple lineare Regression, Zusammenhang der sozialen Distanz-Skala mit der Gruppenidentifikation, kontrolliert für potentiell die Selbstidentifikation beeinflussende Variablen:

Optisch zeigt sich zwar eine leicht flachgipfligere Verteilungskurve der Residuen mit leichter Schiefe im Vergleich zur Normalverteilung (leicht geringere Kurtosis und Skewness), der Skewness-Kurtosis-Test (Jarque Bera) wird aber nicht signifikant, die Residuen sind also als normalverteilt anzunehmen. Der Variance Inflation Factor Test für Multikollinearität zeigt für jede der Variablen Werte von unter 1,2, es besteht also keine Multikollinearität. Die optische Darstellung für Homoskedastizität (Residual versus Fitted Plot) zeigt weitgehend Varianzhomogenität an. Der White-Test für Heteroskedastizität, ebenso wie der Breusch-Pagan-Test für Heteroskedastizität, wird nicht signifikant. Aufgrund überwiegend unauffälliger Ergebnisse in der Regressionsdiagnostik wurde das Modell im ursprünglichen Zustand belassen.

8.3.4 Multiple lineare Regression, Zusammenhang von SSMI2 mit der Gruppenidentifikation, mit potentiell die Gruppenidentifikation beeinflussenden Variablen:

Optisch zeigt sich zwar eine leicht flachgipfligere Verteilungskurve der Residuen mit leichter Schiefe im Vergleich zur Normalverteilung (leicht geringere Kurtosis und Skewness), der Skewness-Kurtosis-Test (Jarque Bera) wird aber nicht signifikant, die Residuen sind also als normalverteilt anzunehmen. Der Variance Inflation Factor Test für Multikollinearität zeigt für jede der Variablen Werte von unter 1,2, es besteht also keine Multikollinearität. Die optische Darstellung für Homoskedastizität (Residual versus Fitted Plot) zeigt weitgehend Varianzhomogenität an. Der White-Test für Heteroskedastizität, ebenso wie der Breusch-Pagan-Test für Heteroskedastizität, wird nicht signifikant. Aufgrund überwiegend unauffälliger Ergebnisse in der Regressionsdiagnostik wurde das Modell im ursprünglichen Zustand belassen.

8.4 Ausführungen zu Regressionsdiagnostik und zur Durchführung von robusten Regressionen – vierte Hypothese

8.4.1 Multiple lineare Regression, negative Assoziation von Gruppenidentifikation und SSMI2:

Optisch zeigt die Verteilungskurve der Residuen eine leichte Schiefe nach links im Vergleich zur Normalverteilung, der Skewness-Kurtosis-Test (Jarque Bera) zeigt den Trend für ein signifikantes Ergebnis ($p=0,071$), die Residuen sind also nicht als normalverteilt anzunehmen. Der Variance Inflation Factor Test für Multikollinearität zeigt für jede der Variablen Werte von unter 1,3, es besteht also keine Multikollinearität. Die optische Darstellung für Homoskedastizität (Residual versus Fitted Plot) zeigt eine Varianzinhomogenität, vor allem für hohe Werte, an. Der White-Test für Heteroskedastizität wird nicht signifikant, der Breusch-Pagan-Test für Heteroskedastizität wird jedoch signifikant. Aufgrund deutlicher Anzeichen für Heteroskedastizität und mangelnde Normalverteilung der Residuen führten wir eine robuste Regression durch (siehe Tabelle).

Tabelle 14: Ergebnisse der robusten Regression zum Zusammenhang der Gruppenidentifikationsitems und der eigenen Stereotype (repräsentiert durch den SSMI2) mit den wichtigsten Kennzahlen und Testgütekriterien. Signifikante Ergebnisse fett gedruckt. Auch in dieser Regression zeigen die Gruppenidentifikationsitems keinen signifikanten Einfluss auf den SSMI2.

	SSMI2	
	Coef.	p-Wert
Gruppenidentifikationsitems	-0,150	0,173
Symptomschwere (BSI-18)	0,007	0,173
Alter	-0,004	0,492
Geschlecht	-0,244	0,157
Schulbildung	0,110	0,218
p-Wert	0,141	
R ²	0,100	

8.4.2 Multiple lineare Regression, negative Assoziation von Gruppenidentifikation und sozialer Distanz-Skala:

Optisch zeigt sich Verteilungskurve der Residuen weitgehend übereinstimmend mit der Normalverteilung, der Skewness-Kurtosis-Test (Jarque Bera) wird nicht signifikant, die Residuen sind also als normalverteilt anzunehmen. Der Variance Inflation Factor Test für Multikollinearität zeigt für jede der Variablen Werte von unter 1,3, es besteht also keine Multikollinearität. Die optische Darstellung für Homoskedastizität (Residual versus Fitted Plot) zeigt weitgehend Varianzhomogenität an. Der White-Test für Heteroskedastizität wird nicht signifikant. Der

Breusch-Pagan-Test wird signifikant, aufgrund überwiegend unauffälliger Ergebnisse in der Regressionsdiagnostik wurde das Modell dennoch im ursprünglichen Zustand belassen.

8.4.3 Shapiro-Wilk-Test zum Testen auf Normalverteilung der Größen:

Variable	Obs	p-Wert der Nullhypothese
Diffsdis	51	0,006
diffssmi2	52	0,047
diffssmi3	52	0,001
diffismiges_res	52	0,980

Tabelle 15: Shapiro-Wilk-Test für normalverteilte Daten. Signifikante Werte fett gedruckt. diffsdis – Veränderungsvariable der sozialen Distanz-Skala, diffssmi2 – Veränderungsvariable des SSMI2, diffssmi3 – Veränderungsvariable des SSMI3, diffismiges_res – Veränderungsvariable des ISMI ohne Stigma-Resistenz. Obs – Anzahl der Fälle. Es wird deutlich, dass diffsdis, diffssmi2 sowie diffssmi3 p-Werte unter 0,05 aufweisen und damit die Nullhypothese der Normalverteilung für diese Variablen abgelehnt werden muss.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät, keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Greifswald,

Unterschrift

