



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Den Stigmatisierungsprozess durchbrechen.
(Ent-) Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen“

Verfasser

Edwin Ladinser

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2008

Studienkennzahl lt.
Studienblatt:

A 122

Studienrichtung lt.
Studienblatt:

Soziologie, geisteswissenschaftlicher Studienzweig

Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Rudolf Forster

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	S. 5
1. Psychische Erkrankungen	S. 7
1.1 Krankheitsbelastung durch psychische Störungen.....	S. 7
1.2 Prävalenz psychischer Erkrankungen	S. 10
1.3 Krankheitsgruppen.....	S. 14
1.3.1 Schizophrenie.....	S. 14
1.3.2 Affektive Erkrankungen	S. 15
1.3.2.1 Depression	S. 16
1.3.2.2 Manie	S. 17
1.3.3 Alkoholabhängigkeit	S. 18
2. Stigma und Stigmatisierung	S. 19
2.1 Stigma – Erving Goffman	S. 19
2.2 Stigma als sozialer Definitionsprozess – Jürgen Hohmeier.....	S. 21
2.3 Stigma – Sozialpsychologischer Ansatz	S. 24
2.4 Der „Etikettierungs-Ansatz“ – Thomas Scheff.....	S. 26
2.5 Der „Modified Labeling Approach“ – Bruce Link u.a.	S. 28
2.6 Stigmakonzept nach Bruce Link und Jo Phelan	S. 31
3. Stigma der psychischen Erkrankung	S. 34
3.1 Diskriminierung bei Interpersonellen Interaktionen.....	S. 35
3.2 Diskriminierung durch das Bild psychisch Erkrankter in der Öffentlichkeit	S. 36
3.3 Diskriminierung durch limitierten Zugang zu sozialen Rollen	S. 38
3.4 Strukturelle Diskriminierung.....	S. 39
4. Stigma „psychisch krank“ – Versuche einer Reduzierung	S. 43
4.1 Wahrnehmung und Benennung eines Unterschiedes	S. 43
4.2 Verknüpfung der Merkmale mit negativen Stereotypen.....	S. 45
4.3 Abgrenzung von anderen Menschen	S. 47
4.4 Diskriminierung	S. 47

5. Projekt „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“	S. 49
5.1 Projektziel	S. 49
5.2 Projektdesign	S. 50
5.3 Die Umsetzung des Projektes	S. 52
5.4 Erfahrungen bei der praktischen Umsetzung	S. 53
5.5 Die Evaluation des Projektes	S. 55
5.5.1 Feedback zur Veranstaltung	S. 55
5.5.2 „Community Attitudes to the Mentally Ill“-Inventar	S. 63
5.5.3 Vergleich zu drei Zeitpunkten	S. 67
5.6 Diskussion	S. 71
 Zusammenfassung.....	 S. 74
 Curriculum Vitae.....	 S. 76
 Literaturverzeichnis.....	 S. 77
 Anhang	 S. 83
Anhang A.....	S. 83
Anhang B.....	S. 84
Anhang C.....	S. 87
Anhang D	S. 95

„Bezeichnend für diese Unglücklichen ist es,
daß sie nicht nur eine minderwertige Gesundheit,
sondern auch eine minderwertige Krankheit haben.“
(Robert Musil, 1930)

Einleitung

Es wird in unserer Gesellschaft immer weniger toleriert, wenn über Minderheiten oder Randgruppen abfällig gesprochen wird, sie lächerlich gemacht und von der Teilhabe am sozialen Leben ausgeschlossen werden. Psychisch erkrankte Menschen und dabei vor allem jene, die an Schizophrenie erkrankt sind, kommen noch kaum in den Genuss dieser gesellschaftlichen Evolution. Über „Schizophrene“ kann man sich scheinbar noch immer lustig machen, Witze über sie reißen oder sie in Filmen als unberechenbare Mörder darstellen. Wen wundert es da, dass sich diese Menschen mit starker sozialer Ausgrenzung konfrontiert sehen und viel dafür geben das Etikett „psychisch krank“ nicht zu bekommen?

Der Schweizer Psychiater Asmus Finzen hat die Stigmatisierung psychisch Kranker als „zweite Erkrankung“ bezeichnet (Finzen 2000) und weist damit anschaulich auf die Konsequenzen hin. Nicht nur die Krankheit selbst schränkt die Lebensqualität psychisch Erkrankter ein, sondern auch die massiven Folgen der Stigmatisierung. Meist erholt man sich von der Erkrankung schneller als von den Folgen der Stigmatisierung.

In meiner Arbeit möchte ich mich dieser „zweiten Erkrankung“ widmen und auf jene Punkte hinweisen, bei denen man ansetzen kann, um die Ausbreitung der Erkrankung einzudämmen. Am Beginn stelle ich die gesellschaftliche Bedeutung psychischer Erkrankungen dar und gehe auf die für das Thema „Stigmatisierung psychisch Erkrankter“ wichtigsten Diagnosegruppen ein. Anhand der Entwicklung der Stigmakonzepte von Erving Goffman bis Bruce Link und Jo Phelan zeige ich auf, wie die einzelnen Autoren aufbauend auf vorangegangenen Arbeiten jene Bereiche herausarbeiten, die für den Stigmatisierungsprozess und damit für den Kampf gegen Stigmatisierung relevanten sind. In den beiden darauf folgenden Abschnitten beschreibe ich einerseits, in welchen Bereichen Menschen mit psychischen Erkrankungen aufgrund ihres Stigmas diskriminiert werden, und zeige andererseits auf, an welchen Stellen des Stigmatisierungsprozesses man ansetzen kann, um die Stigmatisierung und Diskriminierung zu verhindern. Im

letzten Kapitel stelle ich ein Projekt mit Schülerinnen und Schülern der 11. - 12. Schulstufe vor, bei dem die TeilnehmerInnen die Möglichkeit hatten ihre Vorstellungen von psychischen Erkrankung und den davon betroffenen Menschen durch eigene Erfahrungen zu ergänzen. Die Auswertung der Evaluation soll zeigen, ob derartige Informationsveranstaltungen zum Abbau der Stigmatisierung beitragen können.

Personenbezeichnungen, die in der vorliegenden Arbeit sprachlich in männlicher Form verwendet werden, gelten sinngemäß auch in der weiblichen Form. Ich ersuche dafür im Sinne einer einfacheren Lesbarkeit um Verständnis.

1. Psychische Erkrankungen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, Weltgesundheitsorganisation, 2001) schätzt, dass in den Industrieländern 20% aller Erkrankungen psychiatrische Störungen sind und dass dieser Anteil weiter stark steigen wird. Psychische Erkrankungen gehen meist mit einer großen Bandbreite an Beeinträchtigungen und Einschränkungen einher. Nicht nur die Krankheitssymptome, sondern auch ein erschwerter Zugang zu Beruf, Partnerschaft, Wohnung, Freizeitaktivitäten und sozialen Netzen beeinträchtigt die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig.

1.1 Krankheitsbelastung durch psychische Störungen

Um die erkrankungsbedingten Einschränkungen zwischen einzelnen Erkrankungsgruppen und verschiedenen Nationen vergleichen zu können, verwendet die Weltgesundheitsorganisation die Kennzahlen der „disability adjusted life years“ (DALYs) und der „years lived with disability“ (YLDs)¹.

„‘Years lived with disability‘ geben das Ausmaß des Verlustes gesunder Lebenszeit in einem bestimmten Zeitraum wieder und sind ein rein morbiditätsbezogenes Mass. Sie ergeben sich aus dem Produkt inzidenter Fälle, einem Beeinträchtigungsfaktor (disability weight) und der durchschnittlichen Zeitdauer eines Krankheitsfalles bis zur Genesung oder bis zum Tod.“ (Schwappach 2007: 19)

Bei den „disability adjusted life years“ werden zusätzlich zu den „years lived with disability“ noch die durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre (in Bezug auf die Standard-Lebenserwartung: Männer 80 Jahre, Frauen 82,5 Jahre) addiert.

Bei den zwanzig häufigsten Ursachen für „Disability adjusted life years“ sind drei psychiatrische Erkrankungen vertreten, nämlich unipolare Depression (Rang 4),

¹ Das Konzept der „disability adjusted life years“ und der „years lived with disability“ wird vielfach auch kritisch hinterfragt. Hauptkritikpunkte sind vor allem Mängel bei der Datenerhebung, hier vor allem die nur bedingte Vergleichbarkeit länderspezifischer Daten. Außerdem erscheint bei den „disability adjusted life years“ die praktische Gleichsetzung von nicht erlebten Jahren (Tod), und mit krankheitsbedingten Einschränkungen erlebten Jahren, aus Sicht der Betroffenen als fragwürdig.

Selbstverletzungen (Rang 17) und Alkoholerkrankungen (Rang 18). (vgl. WHO 2001: 27)

Betrachtet man die Bevölkerungsgruppe der 15- bis 44-jährigen Personen, so sind psychiatrische Erkrankungen unter den 10 häufigsten Ursachen für „disability adjusted life years“ bereits fünfmal vertreten: Unipolare Depression (Rang 2), Alkoholerkrankungen (Rang 5), Selbstverletzungen (Rang 6), Schizophrenie (Rang 8) und bipolare affektive Störungen (Rang 9). Nur HIV/AIDS ist eine noch häufigere Ursache.

Tabelle 1.1: Die zehn führenden Ursachen für krankheitsbedingte Belastungen („disability-adjusted life years“; DALYs) bei 15 bis 44 jährigen Personen

Gesamt			Frauen			Männer		
		%			%			%
1	HIV/AIDS	13,0	1	HIV/AIDS	13,9	1	HIV/AIDS	12,1
2	Unipolare Depression	8,6	2	Unipolare Depression	10,6	2	Verkehrsunfälle	7,7
3	Verkehrsunfälle	4,9	3	Tuberkulose	3,2	3	Unipolare Depression	6,7
4	Tuberkulose	3,9	4	Eisenmangelanämie	3,2	4	Alkohol	5,1
5	Alkohol	3,0	5	Schizophrenie	2,8	5	Tuberkulose	4,5
6	Selbstverletzungen	2,7	6	"Obstructed labour"	2,7	6	Gewalt	3,7
7	Eisenmangelanämie	2,6	7	Bipolare affektive Störungen	2,5	7	Selbstverletzungen	3,0
8	Schizophrenie	2,6	8	Abortus	2,5	8	Schizophrenie	2,5
9	Bipolare affektive Störungen	2,5	9	Selbstverletzungen	2,4	9	Bipolare affektive Störungen	2,4
10	Gewalt	2,3	10	Wochenbettsepsis	2,1	10	Eisenmangelanämie	2,1

(vgl. WHO 2001: 27)

Selbstverständlich gibt es bei diesen Werten länderspezifische Unterschiede, so liegen die „disability adjusted life years“ aller psychiatrischen Erkrankungen gemeinsam in der Schweiz bei 31%, in Österreich bei 28% und in Deutschland bei 26%. (vgl. Schwappach 2007: 20)

Bei psychischen Erkrankungen steht weniger ein möglicher früherer Tod als vielmehr das Leben mit einer Erkrankung im Vordergrund. Auch wenn die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich unter jener der Durchschnittsbevölkerung liegt, erscheint der Wert für ein Leben mit Einschränkungen (YLDs) für diese Form der Erkrankungen als aussagekräftiger.

Von den fünf häufigsten Ursachen für „years lived with disability“ sind bei der Gruppe der 15- bis 44jährigen Personen vier psychiatrische Erkrankungen vertreten: Unipolare Depression (Rang 1), Alkoholerkrankungen (Rang 2), Schizophrenie (Rang 3) und bipolare affektive Störungen (Rang 5).

Tabelle 1.2: Führende Ursachen für mit gesundheitlichen Einschränkungen verbrachte Lebensjahre (years of life lived with disability; YLDs) bei 14 bis 55 jährigen Personen

Gesamt			Frauen			Männer		
		%			%			%
1	Unipolare Depression	16,4	1	Unipolare Depression	18,6	1	Unipolare Depression	13,9
2	Alkohol	5,5	2	Eisenmangelanämie	5,4	2	Alkohol	10,1
3	Schizophrenie	4,9	3	Schizophrenie	4,8	3	Schizophrenie	5,0
4	Eisenmangelanämie	4,9	4	Bipolare affektive Störungen	4,4	4	Bipolare affektive Störungen	5,0
5	Bipolare affektive Störungen	4,7	5	"obstructed labour"	4,0	5	Eisenmangelanämie	4,2

(vgl. WHO 2001: 27)

In Europa liegt der Anteil der psychiatrischen Erkrankungen an den gesamten „years lived with disability“ bei 45%, bei den unter 30Jährigen sogar bei 65%. (vgl. Schwappach 2007: 20)

Dadurch wird sehr deutlich, dass psychische Erkrankungen das Leben vieler Menschen über viele Jahre hinweg massiv beeinflussen – mehr als jede andere Erkrankung.

1.2 Prävalenz psychischer Erkrankungen

Wie viele Menschen in einer Bevölkerung an psychischen Erkrankungen leiden, versucht man mit epidemiologischen Untersuchungen zu ergründen. Für Österreich liegen zurzeit keine epidemiologischen Studien vor. International gibt es zahlreiche Studien, die sich meist auf einzelne Städte oder Regionen beziehen und nur selten Rückschlüsse auf die Gesamtbevölkerung eines Landes zulassen.

Die nach wie vor umfassendste Untersuchung ist der „National Comorbidity Survey“ (NCS) aus den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) (vgl. Kessler et al. 1994), der mit mehr als 8.000 befragten Personen im Alter von 15 bis 54 Jahren für die USA repräsentativ war. (vgl. Kessler / Zhao 1999: 131) Darin zeigt sich eine Lebenszeitprävalenz für eine beliebige psychische Erkrankung von 49,7% bzw. eine 12-Monats-Prävalenz von 30,9%. Suchterkrankungen sind mit einer Lebenszeitprävalenz von 26,6% am häufigsten, gefolgt von Angststörungen (24,7%) und affektiven Erkrankungen (19,3%). Die häufigste einzelne Erkrankung ist die Major Depression mit 17,1%, wobei Frauen wesentlich häufiger daran erkranken (21,3%).

Zu betonen ist, dass es sich hierbei um eine Komorbiditäts-Studie handelt, d.h. einzelne Erkrankungen können gemeinsam auftreten. Man erkennt dies sofort daran, dass die Summe der einzelnen Prävalenzen (deutlich) höher ist, als die Gesamtprävalenz. Dies muss bei der Interpretation der Prävalenzwerte einzelner Erkrankungen berücksichtigt werden. So handelt es sich zum Beispiel bei 17,1% der Personen, die an einer Major Depression erkranken, nicht „nur“ um Depressionen, sondern in 83,1% der Fälle auch um andere psychiatrische Erkrankungen (Lebenszeitprävalenz). Bei Schizophrenie liegt die Komorbidität bei 93,0%. (vgl. Kessler / Zhao 1999: 137)

Von jenen Personen in dieser Untersuchung, die (zumindest) eine psychische Erkrankung aufweisen (Lebenszeitprävalenz), beschränkt sich dies bei nur 20,6% der Fälle auf eine einzelne Erkrankung, 25,5% haben zwei Erkrankungen und 53,9% drei oder mehr Erkrankungen. Bei jenen Personen, die in einem 12-Monats-Intervall eine schwere psychische Erkrankung hatten, liegt der Anteil der Personen mit einer Komorbidität von drei oder mehr Erkrankungen bei 89,5%.

Tabelle 1.3: Lebenszeitprävalenz und 12-Monats-Prävalenz psychischer Erkrankungen (National Komorbidity Survey, NCS)

	Gesamt		Frauen		Männer	
	Lebenszeit %	12 Monate %	Lebenszeit %	12 Monate %	Lebenszeit %	12 Monate %
Affektive Störungen						
Major Depression	17,1	10,3	21,3	12,9	12,7	7,7
Manische Episode	6,4	1,3	8,0	1,3	4,8	1,4
Dysthymie	1,6	2,5	1,7	3,0	1,6	2,1
Irgendeine affektive Störung	19,3	11,3	23,9	14,1	14,7	8,5
Angststörungen						
Generalisierte Angststörung	5,1	3,1	6,6	4,3	3,6	2,0
Panik-Störung	3,5	2,3	5,0	3,2	2,0	1,3
Sozialphobie	9,1	7,9	15,5	9,1	11,1	6,6
Einfache Phobie	13,2	8,8	15,7	13,2	6,7	4,4
Agoraphobie ohne Panik-Störung	3,8	2,8	7,0	3,8	3,5	1,7
Posttraumatisches Stress-Syndrom	5,4	3,9	10,1		4,8	
Irgendeine Angststörung	24,7	19,3	34,3	22,6	22,6	11,8
Störungen durch psychotrope Substanzen						
Alkohol-Missbrauch	9,4	2,5	6,4	1,6	12,5	3,4
Alkohol-Abhängigkeit	14,1	7,2	8,2	3,7	20,1	10,7
Drogen- Missbrauch	4,4	0,8	3,5	0,3	5,4	1,3
Drogen- Abhängigkeit	7,5	2,8	5,9	1,9	9,2	3,8
Irgendein Missbrauch/ Abhängigkeit	26,6	11,3	17,9	6,6	35,4	16,1
Andere Störungen						
Nicht-affektive Psychose („Schizophrenie“)	0,5	0,3	0,7	0,4	0,3	0,2
Irgendeine psychische Erkrankung	49,7	30,9	48,5	32	51,2	29,4

(vgl. Kessler / Zhao 1999: 133)

Tabelle 1.4: Prävalenz der Komorbidität psychischer Erkrankungen (National Komorbidity Survey, NCS)

Anzahl der Erkrankungen (Lebenszeit)	Anteil gesamt %	Anteil an jenen mit einer Erkrankung (Lebenszeit) %	Anteil an jenen mit einer Erkrankung (12 Monate) %	Anteil an jenen mit schweren psychischen Erkrankung* (12 Monate) %
0	52,0**			
1	21,0	20,6	17,4	2,6
2	13,0	25,5	23,1	7,9
3 und mehr	14,0	53,9	58,9	89,5

(vgl. Kessler / Zhao 1999: 136)

Diese Ergebnisse zeigen, dass zwar ein sehr großer Teil der Bevölkerung (ein- bis zweimal im Leben) einer psychischen Erkrankung unterliegt, aber der größte Teil der Erkrankungen bei einer eher kleinen Gruppe schwer kranker Menschen zu finden ist.

Kessler und Zhao weisen auch auf einige Punkte hin, die bei der Interpretation der Ergebnisse bedacht werden sollten. So ist zum Beispiel der Krankheitsbegriff in der DSM Klassifikation sehr weit gefasst und es sind auch Störungen enthalten, die nicht wirklich beeinträchtigend sind. (vgl. Kessler / Zhao 1999: 145). Das verwendete Erhebungsinstrument basiert auf dem „Diagnostic Interview Schedule“ (DIS), das in Studien zur Reliabilität und Validität mit klinischen Kontrollinterviews (klinische Diagnosenerstellung) nur eine geringe Übereinstimmung zeigte. Da die Probleme aber vor allem im Grenzbereich zwischen Diagnose und Nicht-Diagnose lagen, ging man davon aus, dass sich die falsch-positiven und die falsch-negativen Diagnosen die Waage halten. (vgl. Kessler / Zhao 1999: 131)

* Definiert als akute Manie oder Schizophrenie bzw. andere akute Erkrankungen, die einen Krankenhausaufenthalt nötig machen, oder beträchtliche Einschränkungen bedingen.

** Bei dieser Auswertung war der Datensatz etwas kleiner, als bei Tabelle 1.3, daher variieren die Werte leicht. Hier haben 52,0% der Personen keine (NCS/DSM-III-R) Erkrankung, in Tabelle 1.3 sind es 50,3%.

Für den europäischen Raum haben Wittchen und Jacobi 2005 eine Metaanalyse von 27 epidemiologischen Studien durchgeführt. Dafür standen ihnen die Daten von mehr als 150.000 Personen aus 16 europäischen Ländern zur Verfügung. Ihre Analyse hat ergeben, dass 27% der 18- bis 65-jährigen Personen innerhalb eines Jahres eine psychische Erkrankung erlitten, wovon ein Drittel mehr als eine Erkrankung aufwies. (vgl. Wittchen / Jacobi 2005: 357) Bei dieser Untersuchung liegt die 12-Monats-Prävalenz für Depressionen bei 6,9%, jene für psychotische Erkrankungen bei 0,8%.

Die große Bandbreite der Prävalenzen einzelner Erkrankungen in verschiedenen Studien erkennt man vor allem an den vielen unterschiedlichen Definitionen und Diagnosekriterien. So schwankt zum Beispiel die Definition bei „Psychotischen Störungen“ von Schizophrenie (niedrige Werte) bis zu einem weiter gefassten Begriff, bei dem auch psychotische Störungen im Rahmen affektiver Erkrankungen Berücksichtigung finden (höhere Werte). (vgl. Wittchen / Jacobi 2005: 365ff) Auch hier zeigt sich, dass Prävalenz-Zahlen immer nur vor dem Hintergrund ihrer jeweiligen Definitionen verwendet werden sollten.

Tabelle 1.5: Prävalenz für psychische Erkrankungen innerhalb der vergangenen 12 Monate in Europa (21 Studien)

	Anzahl Studien	12-Monats-Prävalenz von - bis	Median
Depression	17	3,1-10,1	6,9
Bipolare-Störung	6	0,2-1,1	0,9
Psychotische Störung	6	0,2-2,6	0,8
Panik-Störung	12	0,7-3,1	1,8
Agoraphobie	11	0,1-10,5	1,3
Sozialphobie	11	0,6-7,9	2,3
Alkoholabhängigkeit	12	0,1-6,6	2,4
Drogenabhängigkeit	6	0,1-2,2	0,5

(vgl. Wittchen / Jacobi 2005: 365)

Einige der von Wittchen und Jacobi verwendeten Studien haben auch Daten zur Nutzung von Behandlungsmöglichkeiten erhoben. Leider sind diese Daten aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit nicht systematisch auswertbar. Was aber deutlich wird, ist, dass der Anteil jener Menschen mit psychischen Erkrankungen, die eine Behandlung in Anspruch nehmen, sehr gering ist; nämlich rund ein Viertel aller Fälle. Bei affektiven Erkrankungen liegt der Anteil jener, die Behandlung in Anspruch nehmen, bei einem Drittel. Menschen mit mehr als einer psychischen Erkrankung nehmen in 40% der Fälle eine Behandlung in Anspruch. (vgl. Wittchen / Jacobi 2005: 369f)

1.3 Krankheitsgruppen

Zur Klärung, um welche Erkrankungen es in dieser Arbeit geht, möchte ich die im Sinne der „years lived with disability“ (YLDs) und der Stigmaerfahrungen wichtigsten Diagnosen kurz erläutern.

1.3.1 Schizophrenie

„Die Schizophrenie gibt es nicht. Oder: Jeder entwickelt seine eigene Schizophrenie.“ (Luc Ciompi, 1982 – näheres unbekannt; zit. nach: Dörner et al. 2002: 151)

Die Bezeichnung „Schizophrenie“ geht auf den Schweizer Psychiater Eugen Bleuler zurück, der mit seinem Buch „Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien“ dieser Erkrankung ihren heute noch gültigen Namen gab.

Das Einzelsymptom, mit Hilfe dessen man eine Schizophrenie diagnostizieren könnte, gibt es nicht. In seinem mittlerweile klassischen Werk „Irren ist Menschlich“ (Dörner et al. 2002) beschreibt Dörner vier Beobachtungen, die vereinbarungsgemäß vorliegen müssen, um von einer Schizophrenie sprechen zu können:

1. „Das Ich, das Selbst, die Person, der Andere, die Welt haben keine Grenzen mehr, bzw. die *Grenzen verschwimmen*.“ (ebd.: 151)
2. „Die Wahrnehmung ist gestört. Dinge werden als zusammengehörig gesehen, die nicht zusammen gehören – oder als zur eigenen Person gehörig, die nicht zur Person gehören.“ (ebd.: 152)

3. „Störungen der Denkabläufe. Ähnlich wie bei der Wahrnehmungsstörung ist auch beim Denken zu beobachten, dass Wichtiges und Unwichtiges nicht auseinander gehalten werden können.“ (ebd.: 152)

4. Die Gefühle und die gefühlsmäßigen Beziehungen zur Umwelt: Die Gefühle wirken flach, wobei häufig nicht nur die Intensität des Ausdrucks beeinträchtigt ist, sondern auch die Gefühlswelt *verarmt* erscheint.“ (ebd.: 153)

Bei der Diagnosenerstellung der Schizophrenie unterscheidet man zwischen Positiv-Symptomen und Negativ-Symptomen. Zu den Positiv-Symptomen gehören Halluzinationen (auf allen Sinnesebenen möglich, z.B. Stimmenhören), Wahnbildungen (inhaltliche Denkstörungen, z.B. Verfolgungswahn), formale Denkstörungen (Denkzerfahrenheit, z.B. Inkohärenz, Abreißen des Gedankenduktus, Auftreten von Neologismen), Ich-Störungen (Entfremdungserlebnisse wie Depersonalisation und Derealisationserlebnisse, Gedankenausbreitung und Beeinflussungserlebnisse), Parathymie (Inkongruenz von Gefühlsausdruck und Inhalt), psychomotorische Erregung und katatone Phänomene. Zu den Negativ-Symptomen gehören die Affektverflachung (z.B. Anhedonie, innere Leere), die Verarmung des Antriebs, Sperrungen und Sprachverarmung, Bewegungsarmut, etc. Bei den Negativ-Symptomen unterscheidet man noch zwischen primären (direkter Ausdruck der Erkrankung) und sekundären (mittelbare Folgen der Erkrankung) Negativ-Symptomen. (vgl. Olbrich et al. 2004: 453ff; Lenz / Küfferle 1998: 185ff) Lange Zeit standen die Positiv-Symptome im Zentrum des Interesses, weil sie für die Diagnosenerstellung eine zentralere Bedeutung haben. Die Negativ-Symptomatik hingegen ist für die Betroffenen selbst und ihre Lebensqualität meist entscheidender.

1.3.2 Affektive Erkrankungen

Affektive Störungen fallen vor allem durch Veränderungen der Stimmung, des Affekts, der Gefühle, des Biorhythmus (Tagesschwankungen, Schlafveränderungen) und des Antriebs auf. Dies gilt für die beiden Pole Depression und Manie. Die Verstimmung kann auch in starker Gereiztheit, ängstlicher Unruhe, oder Getriebenheit bestehen.

1.3.2.1 Depression

Depressionen sind die häufigsten psychischen Erkrankungen.

Klaus Dörner bringt in seinem Buch das Beispiel einer 41jährigen Frau:

„Stimmungsmäßig fühle sie sich wie versteinert, hoffnungslos, könne nicht mal Traurigkeit empfinden, nicht das Nötigste im Haushalt tun, obwohl sie ständig dagegen ankämpfe. Ihr Denken drehe sich grübelnd im Kreis: alles sinnlos, sie sei überflüssig, Ballast für die Familie, solle lieber aus dem Leben gehen. Die rührende Fürsorge der Familie mache ihr Versagen und ihre Schuldgefühle noch schlimmer. Wenn das Fernsehen von einem Unglück berichtet, müsse sie denken, sie sei schuld daran. Sowieso unheilbar krank, habe sie ständig Unterleibsschmerzen, könne nicht essen, habe in vier Wochen 15 Pfund abgenommen, seit Wochen nicht mehr durchgeschlafen.“ (Dörner et al. 2002: 197)

Für die Diagnose einer Depression sind mehrere Charakteristika relevant, wie etwa gedrückte Stimmung, Freud- und Interesselosigkeit, eine pessimistische Grundhaltung und ein vermindertes Selbstwertgefühl mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen. Dies kann bis zum Lebensüberdruß (Suizidgedanken) führen. Ein weiteres Kennzeichen ist die Affektstarre, d.h. Begebenheiten, die üblicherweise als positiv erlebt wurden, führen zu keiner Stimmungsaufhellung mehr. Affektierbarkeit besteht oft nur im negativen Bereich. Begleitet wird diese Stimmungsveränderung von einer Antriebsverminderung. Dies drückt sich in Energieverlust, rascher Ermüdung, einer Verlangsamung der Bewegungsabläufe, großen Schwierigkeiten kleinste Entscheidungen zu treffen, einer Verlangsamung der Sprache, langen Sprechpausen bis hin zum Mutismus, aus. Umgekehrt kann es auch zu einer gesteigerten Agitiertheit kommen. Dabei ist der gezielte Antrieb zwar vermindert, aber Patienten wirken psychomotorisch unruhig und von einer inneren Unruhe gequält.

Begleitend kommen oft noch körperliche Symptome hinzu, wie etwa Schmerzen, Appetitverlust, Libidoverlust. (vgl. Berger / Calker 2004: 542ff; Lenz / Küfferle 1998: 215f)

1.3.2.2 Manie

In ihrer Einzelausprägung sehr selten, tritt die Manie im Wechsel mit Depressionen (bipolare affektive Störungen) häufiger auf und bildet in dieser Kombination die fünfthäufigste Ursache für „years lived with disability“.

„Niemand ist weniger für sich und mehr für die Öffentlichkeit auffällig, als der manische Mensch: Er sprengt jeden Rahmen, setzt jede soziale Übereinkunft für sich außer Kraft: Takt, Geschmack und alle Erwartungen, auf die sich die Menschen im Umgang miteinander üblicherweise verlassen können. Jede sonst verlässliche Distanz ist aufgehoben. Das geht von der nachlässigen oder abenteuerlichen Kleidung über das rastlose und unerwartete Tätigsein und Außer-sich-Sein bis zur Einmischung in alles und jedes – als Bewitzeln, Lächerlich-Machen, Besser-Können oder gewalttätiges Angreifen.“ (Dörner et al. 2002: 182)

Besonders auffällig bei der Manie sind die gehobene Stimmung (Betroffene fühlen sich besonders wohl und leistungsfähig), die Kritiklosigkeit (ausgeprägte Selbstüberschätzung, Kritik wird abgelehnt), die Steigerung des Antriebs und eine psychomotorische Enthemmung (stark gesteigerte Aktivitäten, vermehrter Sprechdrang, soziale Umtriebigerkeit, Distanzlosigkeit, Libidosteigerung, Gefährdung der sozialen Existenz) und Schlafverkürzung (wenige Stunden oder gar kein Schlaf sind nötig). (vgl. Berger / Calker 2004: 561ff; Lenz / Küfferle 1998: 213f)

Sowohl bei depressiven Phasen, als auch bei manischen Phasen können psychotische Symptome auftreten. Dies sind meist Wahnerleben (z.B. Größenwahn, oder Beziehungswahn bei Manien, Schuld- oder Verarmungswahn bei Depressionen), seltener auch Halluzinationen.

1.3.3 Alkoholabhängigkeit

Im größten Teil der Literatur zur Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen werden die Themen Alkoholismus bzw. Suchterkrankungen allgemein ausgeklammert. Allerdings gehört Alkoholabhängigkeit zu den häufigsten Ursachen für „years lived with disability“ und hat auch eine große Bedeutung bei der Frage nach Komorbidität. Bei bis zu 80,6% der Personen mit einer Alkoholabhängigkeit liegen noch weitere psychische Erkrankung vor, u.a. affektive Störungen. (vgl. Kessler / Zhao 1999: 137)

„Während die Äußerungen der meisten anderen psychischen Schwierigkeiten sich aufdrängen, arbeitet der Abhängige an der Verheimlichung des Symptoms (Trinken/Schlucken) gegen sich und Andere. (...) Wenn es also überhaupt eine Auffälligkeit des noch erfolgreich verheimlichenden Suchtkranken gibt, dann ist es die betonte Unauffälligkeit, die Überanpassung, das übertriebene, dauerangestrengte Bemühen, zugleich unauffällig und besser als Andere zu sein, was wir alle aufrecht zu erhalten helfen. Denn wir leiden am selben Leiden: ‚Bloß nicht zugeben, dass wir nicht mehr können, mag kommen was will, wir sind immer unser eigener Herr, der Kapitän unserer Seele, beherrschen zumindest uns selbst.‘ (Dörner et al. 2002: 244f)

Für die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit sind folgende Kriterien relevant: Ein starker Wunsch oder Zwang Alkohol zu konsumieren, verminderte Kontrollfähigkeit des Trinkverhaltens (wann anfangen, wann aufhören, Menge), ein körperliches Entzugssyndrom, höhere Toleranz, Vernachlässigung und Schädigung im psychischen, physischen und sozialen Bereich. „Am wichtigsten sind Toleranzentwicklung, Kontrollverlust und Entzugserscheinungen bei gleichzeitiger Unfähigkeit zu dauerhafter Abstinenz.“ (Mann et al. 2004: 395)

2. Stigma und Stigmatisierung

Das, was unter Stigma und Stigmatisierung verstanden wird, hat sich seit der grundlegenden soziologischen Arbeit von Erving Goffman „Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ (Goffman 1975) aus dem Jahr 1963 (englisches Original) zu diesem Thema weiterentwickelt und differenziert. Viele der nachfolgenden Autoren haben sich bei ihren Überlegungen auf Goffman bezogen und seine Sichtweise um weitere Perspektiven ergänzt, sowie Teilbereiche unterschiedlich stark hervorgehoben. In diesem Abschnitt soll die Entwicklung des Stigmakonzeptes anhand einiger Ansätze dargestellt werden. Ausgehend von der Arbeit Erving Goffmans wird auf die sehr komprimierte Darstellung von Jürgen Hohmeier hingewiesen (Hohmeier 1975), in der er einige Überlegungen anstellt, die erst (unabhängig von seiner Arbeit) in späteren Ansätzen ausgearbeitet wurden und Anerkennung fanden. Exemplarisch werden im Anschluss daran kurz sozialpsychologischen und tiefenpsychologischen Gedanken zum Thema Stigma vorgestellt. Für die soziologische Stigmaforschung war der „Etikettierungsansatz“ von Thomas Scheff (Scheff 1966) entscheidend, der von einer Gruppe um Bruce Link im „Modifizierten Etikettierungsansatz“ („modified labeling approach“, Link et al. 1989) weiterentwickelt wurde. Zuletzt wird das Stigmakonzept von Bruce Link und Jo Phelan (Link / Phelan 2001) vorgestellt, das verschiedenste Konzepte einbindet und als Basis für weitere multiprofessionelle Forschung zum Thema Stigma dienen soll.

2.1 Stigma – Erving Goffman

Der Begriff „Stigma“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Brandmal“, „Schandmal“, „Zeichen“. Erving Goffman beschreibt in seinem grundlegenden soziologischen Werk „Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ (Goffman 1975) die ursprüngliche Bedeutung dieses Begriffes folgendermaßen:

„Die Griechen, die offenbar viel für Anschauungshilfen übrig hatten, schufen den Begriff Stigma als Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren. Die Zeichen

wurden in den Körper geschnitten oder gebrannt und taten öffentlich kund, das der Träger ein Sklave, ein Verbrecher oder ein Verräter war – eine gebrandmarkte, rituell für unrein erklärte Person, die gemieden werden sollte, vor allem auf öffentlichen Plätzen.“ (Goffman 1975: 9)

Er unterstreicht dabei, dass weniger die körperliche Erscheinungsform tragend ist, als viel mehr die zugeschriebene Unehre selbst. Bereits bei dieser Ur-Bedeutung des Begriffs „Stigma“ wird deutlich, dass es Macht bedarf, um ein Stigma zu setzen. Sei es nun die Macht eines Herrschers, die einer Mehrheit oder einer Gruppe.

„Wann und wo immer Menschen zusammenleben, entwickeln sie bestimmte Vorstellungen darüber, wie sich die Menschen verhalten sollten, wie sie auftreten sollten, wie sie leben sollten. Diese Vorstellungen prägen unser Verhalten und haben auch wesentlich entlastende Funktionen.“ (Grausgruber 2002: 20)

Menschen sind im sozialen Miteinander auf Routinen angewiesen, die eine schnelle Orientierung ermöglichen. Es ist wichtig die „soziale Identität“ (vgl. Goffman 1975: 10) des Gegenübers antizipieren zu können. Diese Identität kann einerseits aus Erwartungen, Forderungen oder Vorstellungen dem Individuum gegenüber bestehen, Goffman nennt dies eine „virtuale soziale Identität“, oder andererseits aus Kategorien und Attributen, „deren Besitz dem Individuum tatsächlich bewiesen werden konnte, ...“. (vgl. Goffman 1975: 10) Diese zweite Form nennt Goffman die „aktuale soziale Identität“. Die Erfahrung zeigt aber, dass sich die virtuelle soziale Identität vielfach von der Wirklichkeit unterscheidet. Diese Diskrepanz kann dazu führen, dass „in unserer Vorstellung (...) sie von einer ganzen und gewöhnlichen Person zu einer befleckten, beeinträchtigten herabgemindert“ (Goffman 1975: 10) wird. Goffman weist ausdrücklich darauf hin, dass nicht alle unerwünschten Eigenschaften zu einer unerträglichen Diskrepanz führen, „sondern nur diejenigen, die mit unserem Stereotyp von dem, was ein gegebener Typus von Individuum sein sollte, unvereinbar sind“. (Goffman 1975: 11) Ein Merkmal einer Person ist nicht per se stigmatisierend oder nicht, es kommt auf die negative Definition oder Zuschreibung an. Einmal

kann ein Merkmal Zeichen für Individualität, Kreativität oder Unabhängigkeit sein (Genie), ein anderes Mal Zeichen für Hilflosigkeit, Halluzinationen oder Unfähigkeit (Wahnsinn).

„Ein Individuum, das leicht in gewöhnlichen sozialen Verkehr hätte aufgenommen werden können, besitzt ein Merkmal, das sich der Aufmerksamkeit aufdrängen und bewirken kann, dass wir uns bei der Begegnung mit diesem Individuum von ihm abwenden, wodurch der Anspruch, den seine anderen Eigenschaften an uns stellen, gebrochen wird. Es hat ein Stigma, das heißt, es ist in unerwünschter Weise anders als wir es antizipiert hatten.“ (Goffman 1975: 13)

Gerade für den Bereich der psychischen Erkrankungen ist die von Goffman getroffene Unterscheidung zwischen jene Personen, die annehmen, dass das Gegenüber über das Anderssein Bescheid weiß, oder es unmittelbar ersichtlich ist (Diskreditierte) und jene, die davon ausgehen, dass die Anwesenden weder über das Anderssein Bescheid wissen, noch es erkennen können (Diskreditierbare). Menschen mit psychischen Erkrankungen kennen beide Situationen. Alleine das Wissen über das Diskreditierbaresein beeinflusst das Leben der Betroffenen nachhaltig.

2.2 Stigma als sozialer Definitionsprozess – Jürgen Hohmeier

Im Zusammenleben von Menschen, auf der ganzen Welt und in allen Kulturen, gibt es Stigmata. Soziale Interaktion ist hochkomplex und verwendet Methoden, um diese Komplexität zu verringern, u.a. die Verwendung von Stigmata. Diese ermöglichen, dass aus wenigen Informationen, unter Umständen aus einem einzigen Merkmal, Erwartungen, Vorstellungen und Verhaltensanweisungen interpretiert werden können. „Stigmata strukturieren damit Situationen im Voraus und erleichtern die Einstellung darauf; sie verringern Unsicherheit und stellen eine Entscheidungshilfe dar.“ (Hohmeier 1975: 3) Damit sind sie für Personen in neuen, unbekanntem Situationen, bei Veränderungen und Unsicherheit ein unentbehrliches Hilfsmittel.

Man kann zwar davon ausgehen, dass Stigmata und stigmatisierte Gruppen in allen Gesellschaften existieren, dass aber die Häufigkeit, die Art und die Intensität der Stigmatisierung sehr unterschiedlich sein können. Hohmeier nimmt an, „(...) dass Stigmatisierungen besonders häufig und ausgeprägt in Gesellschaften auftreten, die entweder auf den Prinzipien der individuellen Leistung und Konkurrenz beruhen, oder in denen starke Spannungen zwischen gesellschaftlichen Gruppen bestehen.“ (Hohmeier 1975: 3) Diese Eigenschaften treffen mehr oder weniger auf alle industrialisierten Länder zu.

Auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene haben Stigmata verschiedene Funktionen. Ebenso wie Einstellungen, Werte und Normen regulieren auch Stigmata soziale Interaktionen von verschiedenen Gruppen in einer Gesellschaft. Sie bestätigen Majoritäten, werten Minoritäten ab und fördern bzw. beschränken den Zugang zu knappen Gütern, wie Status, Ausbildungen, Arbeitsplätze u.v.m. Stigmatisierungen können so auch der Legitimation von Ungleichbehandlungen unterschiedlicher Gruppen in der Gesellschaft dienen.

„Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht können durchgesetzte Stigmatisierungen weiter die Funktion einer Systemstabilisierung haben. Sie kanalisieren aus Frustrationen herrührende Aggressionen, indem diese auf schwache, d.h. mit wenig Macht ausgestatte 'Sündenböcke' geleitet werden, denen man alle Schuld an einer Misere geben kann.“ (Hohmeier 1975: 4)

Für diese Funktionsweise gibt es verschiedene geschichtliche Beispiele, welche die verheerenden Wirkungen deutlich machen (u.a. die Judenverfolgung vom Beginn bis Mitte des vorigen Jahrhunderts, oder die Hexenverfolgung). Stigmatisierungen haben aber auch die Funktion, die Normkonformität der Nicht-Stigmatisierten zu stärken. Durch die Abwertung der Stigmatisierten und die damit verbundene Aufwertung der eigenen Gruppe ergibt sich der Wert, der Vorteil des „Normalseins“. Denn wozu sollte man Normtreue beweisen, wenn Normbrüche nicht geahndet werden?

Für Goffman war Stigma eine Eigenschaft der Person, die „zutiefst diskreditierend ist“ (Goffman 1975: 11) und die in sozialen Beziehungen hergestellt wird. Hohmeier schlägt vor den Begriff „Stigma“ nicht für das Merkmal selbst, „(...)

sondern für die negative Definition des Merkmals bzw. dessen Zuschreibung zu verwenden.“ (Hohmeier 1975: 2) Er definiert Stigma als „Sonderfall eines sozialen Vorurteils, gegenüber bestimmten Personen, durch das diesen negative Eigenschaften zugeschrieben werden. Es beruht auf Typifikationen, d.h. Verallgemeinerungen von teils selbst gewonnenen, teils übernommenen Erfahrungen, die nicht mehr überprüft werden.“ (ebd.) Und weiter: „Stigmatisierung heißt dann ein verbales oder nonverbales Verhalten, das aufgrund eines zueigen gemachten Stigmas jemandem entgegengebracht wird. Stigmatisierte sind Personen, oder Gruppen, denen ein bestimmtes – meist negatives – Merkmal oder mehrere Merkmale zugeschrieben werden.“ (Hohmeier 1975: 2).

Als Voraussetzung für die Durchsetzung von Stigmata führt Hohmeier vier entscheidende Kriterien an: Zum einen sind Stigmata generalisierend, das heißt, dass sehr anschauliche und einprägsame Klischees sehr einfach auf eine ganze Person oder Personengruppe übertragen werden können. Weiters wird die Verbreitung eines Stigmas erleichtert, wenn die Stigmatisierten gegen allgemein gültige Normen verstoßen, wobei als weiterer Punkt dieser Normverstoß durch Sanktionsinstanzen geahndet werden muss. Diese Sanktionsinstanzen können bei Institutionen und Behörden, aber auch bei gesellschaftlichen Gruppen oder dem sozialen Umfeld liegen. Entscheidend für einen Stigmatisierungsprozess ist (viertens) die Macht, über die Stigmatisierer und Stigmatisierte verfügen. Gruppen mit wenig Macht und Einfluss sind leichter zu stigmatisieren als Gruppen mit ökonomischer oder politischer Macht. (vgl. Hohmeier 1975)

Ihre besondere Bedeutung erhalten Stigmata durch die Komplexität ihrer Inhalte, die sie auch so schwer rational greifbar machen, und durch ihre starke affektive Geladenheit. Als soziale Vorurteile bestehen Stigmata aus drei Dimensionen: Aus kognitiven Aussagen über die Eigenschaften der Stigmatisierten, aus (meist negativen) Bewertungen dieser Eigenschaften und aus expliziten oder impliziten Anleitungen, wie mit den Stigmatisierten umgegangen werden soll. (vgl. Hohmeier 1975: 2f)

2.3 Stigma – Sozialpsychologischer Ansatz

Jennifer Crocker präsentiert in einem sozialpsychologischen Ansatz 1998 einen Prozess, in dem ein Stigma in einer sozialen Matrix aus Beziehungen und Interaktionen mit folgenden drei Dimensionen entsteht:

Auf der ersten Achse befindet sich die „Perspektive“. Dies ist die Art und Weise, wie das Stigma von jener Person, die stigmatisiert (perceiver) oder jener, die stigmatisiert wird (target), wahrgenommen wird.

Die zweite Dimension ist die „Identität“, die sich entlang eines Kontinuums zwischen dem ganz Persönlichen (entirely personal) und der Identifikation mit einer Gruppe entwickelt.

Die dritte Dimension ist die „Reaktion“. Damit ist die Art und Weise gemeint, in der die stigmatisierende und die stigmatisierte Person auf das Stigma reagieren und welche Konsequenzen sich daraus ergeben. Dabei geht es um Reaktionen auf kognitiver und affektiver Ebene sowie auf Verhaltensebene. (vgl. Crocker 1998: 505ff)

In diesem Ansatz finden sich sowohl stigmatisierende Personen, als auch stigmatisierte Personen mit ihrer jeweiligen Perspektive, Identität und Reaktion wieder. An dieser Matrix lassen sich auch klare Ansatzpunkte für Projekte zur Reduzierung der Stigmatisierung herausarbeiten.

Wie Goffman geht auch Crocker davon aus, dass Stigma in seinem Kern die Abwertung der sozialen Identität („devaluing social identity“; vgl. Crocker 1998: 505ff) ist. Etwas, das der stigmatisierten Person zueigen ist, stellt nicht automatisch ein Stigma dar. Das Stigma entsteht in einem sozialen Prozess, in dem eine Eigenschaft als abwertend definiert wird.

Crocker spricht u.a. vom „stigmatizing mark“, dem stigmatisierenden Zeichen, dem sie drei Eigenschaften zuordnet, die mehr oder weniger stark ausgeprägt sein können. Zum einen ist das die „Sichtbarkeit“, d.h. wie offensichtlich dieses Zeichen bzw. diese Eigenschaft ist. Der zweite Punkt ist die „Kontrollierbarkeit“, d.h. inwieweit der Stigmatisierte Einfluss auf dieses Merkmal nehmen kann (Ist er dazu fähig es zu kontrollieren?). Die dritte Eigenschaft nennt Crocker „impact“ und meint damit, wie sehr jene, die selbst stigmatisieren, die Stigmatisierten fürchten. Ein Stigma wird umso negativer besetzt, je sichtbarer ein Merkmal ist,

je eher eine „Kontrollierbarkeit“ durch den Stigmatisierten angenommen wird und je mehr es aufgrund einer angenommenen Gefährlichkeit Angst erzeugt. (vgl. Crocker 1998: 524f)

Das „stigmatizing mark“ ist zweifellos stark. Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, dass die dem Stigma „psychisch krank“ innewohnende antizipierte Gefährlichkeit Angst und soziale Ausgrenzung erzeugt und sich als eines der hartnäckigsten Attribute zeigt. (vgl. Angermeyer / Schulze 2001, Link et al. 1999) De facto ist es so, dass bei psychischen Erkrankungen oft eine „Kontrollierbarkeit“ angenommen wird (Patienten bekommen oft zu hören: „wenn du nur willst, dann wird es schon gehen“ – z.B. aufstehen, arbeiten, kochen, die Medikamente nehmen, nicht mit den Stimmen sprechen). So sehen 30,9% der österreichischen Bevölkerung „Willensschwäche“ als eine mögliche Ursache für psychische Erkrankungen. (vgl. Grausgruber et al. 2002: 60) Einzig die „Sichtbarkeit“ ist bei psychischen Erkrankungen nicht so stark bzw. nur in akuten Phasen ausgeprägt.

Jennifer Crocker beschreibt die Funktion des „Terror-Management“ – ein sozialpsychologischer Ansatz. Dabei zeigt sie, dass die Erkenntnis der eigenen Sterblichkeit, die Wahrnehmung von unerwarteten schmerzlichen Ereignissen und die Feststellung, dass wir in einem unkontrollierbaren und nicht bestimmbareren Universum leben, in uns eine überwältigende und lähmende Angst auslösen können.

„Um dieser Angst entgegenwirken zu können, brauchen die Menschen eine Vorstellung von der Welt, die ihnen Ordnung und Bedeutung verleiht, im Gegensatz zu einer sinnlosen und von Zufällen gepeinigten Welt. Innerhalb dieses Ansatzes erfüllen Stigmatisierungen die Aufgabe, jene Personen, welche von kulturellen Normen abweichen, zu diskriminieren und abzusondern, weil sie die Vorstellungen von und das Vertrauen in eine gewünschte 'Übersichtlichkeit' und Vorhersehbarkeit erschüttern, das Fehlen eines gemeinsamen sozialen Konsensus schmerzlich vor Augen führen und damit unser Vertrauen in die Richtigkeit des eigenen Weltbildes zerrütten.“ (Grausgruber: 25, vgl. Crocker 1998: 507)

Eine weitere Funktion des Stigmas wird in der Steigerung des Selbstwertes bzw. des Wertes der Eigengruppe gesehen. Durch die Möglichkeit andere Personen oder Gruppen sozial gebilligt abzuwerten und auszugrenzen, kann die eigene Person oder Gruppe aufgewertet, als wertvoller betrachtet werden. Durch die dadurch entstehende Überlegenheit der eigenen Gruppe „(...) können Diskriminierungen von anderen Personen oder anderen Personengruppen gerechtfertigt werden.“ (Grausgruber, 25, vgl. Crocker 1998, 508f)

2.4 Der „Etikettierungs-Ansatz“ – Thomas Scheff

Ein entscheidender und viel diskutierter soziologischer Ansatz zur Erklärung der Stigmatisierung in Verbindung mit abwertend verwendeten Begriffen wie „delinquent“, „kriminell“, oder „psychisch krank“ ist der von Thomas Scheff entwickelte „Etikettierungs-Ansatz“ („labeling approach“). Scheffs Theorie hat ihre Wurzeln im „Symbolischen Interaktionismus“ nach Mead und Blumer. Dabei besteht die Grundannahme darin, dass die Bedeutung sozialer Objekte (Personen oder Handlungen) sozial konstruiert wird. Die Bedeutung einer Handlung ist nicht inhärent, sondern wird durch die Verwendung von Sprache und Symbolen seitens der beteiligten Personen interpretiert und auf die gegebene konkrete Situation hin adaptiert. Die Interpretation basiert auf Erfahrungen und „gesellschaftlichem Wissen“ sowie gesellschaftlichen Regeln. Damit ist Abweichung (Devianz) weniger die Eigenschaft einer Handlung, als vielmehr das Ergebnis der Interpretation der anderen. (vgl. Markowitz 2006: 130)

Grundsätzlich geht Scheff von zwei Annahmen aus: Zum einen gibt es in der Gesellschaft sehr unterschiedliche, aber auch einprägsame Vorstellungen darüber, welche Merkmale und Eigenschaften Menschen mit psychischen Erkrankungen haben, wobei diese Stereotype meist negativer Natur sind. Diese Stereotype sind Teil der Sozialisation innerhalb einer Gesellschaft und finden auch laufend Bestätigung durch z.B. Zeitungsberichte, Filme, Witze u.ä. (vgl. Scheff 1966, 25)

Zum anderen gibt es in einer Gesellschaft allgemeingültige Regeln, die für alle Mitglieder selbstverständlich sind und auch nicht mehr hinterfragt oder verhandelt werden. Er nennt diese Regeln „Residualregeln“ (vgl. Scheff 1966,

25). Es gibt verschiedene Möglichkeiten, warum und wie solche „Residualregeln“ gebrochen werden können. Eine der Möglichkeiten sind Verhaltensweisen, wie man sie bei Menschen mit psychischen Krisen oder psychischen Erkrankungen feststellen kann. Wird eine solche Regelübertretung erkannt, geht es weniger um die Regelverletzung an sich, als vielmehr um die Person, welche die Regel verletzt hat und ihre Eigenschaften. Scheff streicht hervor, dass nur ein geringer Anteil der Regelübertretungen erkannt oder ihm Bedeutung beigemessen wird.

In einer Gesellschaft gibt es ein umfangreiches Vokabular dafür, welche Regelübertretungen von welchen Typen von Menschen begangen werden. Die Regelübertreter bekommen ein Etikett (Verbrecher, psychisch Kranker, Trinker, etc.) und werden dann von ihrem sozialen Umfeld diesem Etikett entsprechend behandelt. Dabei kommt es zu einer Uminterpretation der gesamten Person samt ihrer bisherigen Biografie. Durch eine neue Deutung einzelner Handlungen und Übertreibungen wird versucht zu zeigen, dass diese Person bereits seit langem oder sogar seit Lebzeiten ein Abweichender ist. (vgl. Scheff 1966: 68) Das Etikett wird zu einem „master status“ oder einer „engulfing role“ (verschlingenden Rolle), die andere Anteile der Person völlig ausblendet. (vgl. Markowitz 2005: 131) Weiters wird von der Gesellschaft erwartet, dass sich die betroffene Person gemäß den der Etikettierung entsprechenden Erwartungen verhält. Das rollenkonforme Verhalten wird einerseits durch ein Belohnungs- und Bestrafungssystem verstärkt. So gibt es Unterstützung, Hilfe oder Therapie meist nur, wenn die Person das Etikett auch annimmt. Andererseits erfolgt die Verstärkung dadurch, dass auch die betroffene Person selbst mit diesen Stereotypen aufwächst, diese internalisiert und so die Zuschreibung auf sehr fruchtbaren Boden stößt. (vgl. Scheff 1966: 76).

„Sobald eine Person diese Rolle internalisiert hat, führt dies auch zu einer Umorganisation seiner persönlichen Identität, welche sich nun um die zentrale Rolle als „psychisch Kranker“ herum gruppiert. Dies führt letztlich zu einer Chronifizierung von psychischen Erkrankungen.“ (Grausgruber 2002: 28f)

Dieser Ansatz von Thomas Scheff hat heftige Diskussionen ausgelöst und vor allem zu der Hypothese geführt, dass die Chronifizierung psychischer

Erkrankungen durch die Reaktionen aus der Gesellschaft entsteht. Diese Erkenntnis hat massive Kritik vor allem von Seiten der Psychiatrie ausgelöst. Auch wurde kritisiert, dass Scheffs Ansatz vor allem aus Beschreibungen bestehe und überprüfbare Theorien völlig fehlen. In seiner Kritik am „Labeling-Approach“ stellt Gove u.a. fest, dass der größte Teil der psychiatrischen Patienten Stigmatisierung nur als vorübergehend ansehen und keine größeren Probleme dadurch entstehen (vgl. Gove 1982: 280, zit. nach Link 1989: 400).

Auf der anderen Seite konnten zahlreiche Untersuchungen belegen, dass die Öffentlichkeit über sehr wenig bzw. größtenteils falsches Wissen zu psychischen Erkrankungen verfügt. Weiters konnte nachgewiesen werden, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen abgewertet werden und der soziale Kontakt mit ihnen vermieden wird. (vgl. Angermeyer / Dietrich 2006) Dabei muss man anmerken, dass sich die überwiegende Mehrheit dieser Untersuchungen auf Schizophrenie (ICD10, F20 – vgl. World Health Organisation 1991) beziehen und andere Diagnosegruppen weitgehend keine Berücksichtigung finden.

2.5 Der „Modified Labeling Approach“ – Bruce Link u.a.

Die Arbeitsgruppe um Bruce Link entwickelte aufbauend auf dem „Labeling-Ansatz“ von Scheff und der Kritik daran die so genannte „Modified Labeling Theory“ (Link 1989). Sie selbst sehen den Unterschied zwischen den beiden Ansätzen in der unterschiedlichen Betonung einzelner Punkte. Ebenso wie Scheff erkennen Link und seine Kollegen die äußerst negative Einstellung der Bevölkerung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, aber sie betonen stärker, dass diese Einstellungen variabel sind. Scheff beschreibt, dass Stigmatisierende und Stigmatisierte die gleiche kulturell bedingten Vorstellungen haben („Residualregeln“), betont dabei aber den Einfluss der Stigmatisierenden. Im „modified labeling approach“ wird auch der Einfluss der Erwartungen der stigmatisierten Person betont, wie andere auf sie reagieren könnten. Link und Kollegen gehen nicht mehr davon aus, dass die Etikettierung eine chronische psychischer Erkrankung verursacht, sondern davon, dass Stigmatisierungen den Verlauf der psychischen Erkrankung maßgeblich beeinflussen. (vgl. Link et al. 1989: 404)

Die „Modified Labeling Theory“ unterscheidet im Prozess der Stigmatisierung fünf Stufen:

1. „Beliefs about devaluation and discrimination“

Link und Kollegen beziehen sich auf George Herbert Mead und sein Konzept des „generalized other“. „(...), during socialization individuals learn the attitude of the community toward many behaviors, objects, and attributes, and internalize these in the form of what he called the “generalized other”.“ (Link 1989: 402) Alle Mitglieder einer Gesellschaft entwickeln ein Bild davon, was es bedeutet „psychisch krank“ zu sein, d.h. dieses Etikett zu haben. Wie sich dieses Bild aber auf jene auswirkt, die an einer psychischen Erkrankung leiden, ebenso wie auf alle anderen, hängt von zwei wesentlichen Faktoren ab: Zum einen geht es dabei um das Ausmaß der Entwertung („Devaluation“) und den Statusverlust, sowie zum anderen um das Ausmaß der Diskriminierung („Discrimination“), der sozialen Distanz. Auch die Selbststigmatisierung hängt von der sozial geprägten Erwartung der Entwertung und Diskriminierung ab.

2. „Official labeling through treatment contact“

Die Einstellung der Gesellschaft zu psychisch Erkrankten wird für eine erkrankte Person dann von großer Bedeutung, wenn sie offiziell das Etikett erhält. Dies geschieht zum Beispiel durch die Inanspruchnahme psychiatrischer Therapien oder die Feststellung einer bestimmten psychiatrischen Diagnose.

3. „Patient´s responses to their stigmatizing status“

Link und Kollegen nennen drei mögliche Reaktionen der Patienten und erkennen in der Notwendigkeit zu reagieren auch die angenommene Bedrohlichkeit der Stigmatisierung. In Anlehnung an Goffman (Goffman 1975) nennen sie die ersten beiden Reaktionsformen Geheimhaltung („secrecy“) und sozialer Rückzug („withdrawal“). Viele Patienten verschweigen oder verbergen das offizielle Etikett der Diagnose oder der Behandlung, um so der potentiellen Ablehnung durch Arbeitgeber, Freunde oder möglicher Partner vorzubeugen. Beim sozialen Rückzug versuchen Patienten sich zu schützen, indem sie ihre sozialen Kontakte auf ebenfalls erkrankte Personen („the own“) oder auf Menschen, welche die

Erkrankung kennen und das Stigma akzeptieren („the wise“), beschränken. Allein durch die Erwartung der Zurückweisung vermeiden viele Patienten in Situationen zu kommen, bei denen sie Zurückweisung und Ausgrenzung erfahren könnten. Die dritte mögliche Reaktion besteht darin aktiv über die Erkrankung zu sprechen, die anderen aufzuklären und sich nicht passiv den negativen Einstellungen auszuliefern. Link und Kollegen nennen dies „educating others“ („preventive telling“). (vgl. Link et al 1989: 403) Dabei setzen sich Patienten dem Risiko direkter Diskriminierung aus.

4. “Consequences of the stigma process on patient´s lives”

Die meisten Patienten nutzen, je nach Situation, alle drei Möglichkeiten die Konsequenzen der Stigmatisierung so gering wie möglich zu halten. Aber alleine das Wissen über eine mögliche Zurückweisung oder Ausgrenzung beeinflusst das Leben nachhaltig. Eingeschränkte soziale Kontakte, Geheimhaltung und sozialer Rückzug beeinflussen die Fähigkeiten zur sozialen Interaktion, soziale Ressourcen und das Selbstvertrauen negativ. Dadurch kann beim Versuch der Etikettierung zu entgehen eine „zweite Erkrankung“ (Finzen 2000) entstehen, die mit der ursprünglichen Erkrankung nichts zu tun hat, jedoch die soziale Integration und die Lebensqualität der Betroffenen massiv beeinträchtigt.

5. “Vulnerability to future disorder”

“If the process outlined in Step 1 through 4 operate, many patients will lack self-esteem, social network ties, and employment as a consequence of their own and others reaction to labelling.” (Link et al 1989: 403f) Diese Bereiche sind nachgewiesenermaßen Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen. So erhöht die Stigmatisierung die einwirkenden Stressoren und durch die erhöhte Vulnerabilität der Patienten steigt in weiterer Folge das Risiko einer psychischen Krise oder eines Rückfalls.

2.6 Stigmakonzept nach Bruce Link und Jo Phelan

In ihrem Werk „Conceptualizing Stigma“ haben Bruce Link und Jo Phelan aus den Erfahrungen mit dem „modified labeling approach“ und zahlreichen anderen Studien eine neue Definition von Stigma entwickelt. Dabei war ihnen wichtig, dass dem so komplexen Phänomen Stigma, das schon aus verschiedenen Perspektiven multiprofessionell untersucht wurde, genug Raum geboten wird, solange den Wissenschaftlern klar ist, was gemeint ist, wenn von Stigma gesprochen wird. Dabei betonen sie die große Bedeutung der Perspektive der Stigmatisierten selbst, die in ihren Augen seit Durkheim sträflich vernachlässigt wurde. Link und Phelan definieren: „We apply the term stigma when elements of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination co-occur in a power situation that allows the components of stigma to unfold.“ (Link / Phelan 2001: 367)

Die einzelnen Komponenten sollen hier kurz näher erläutert werden.

1. Distinguishing and labeling differences

Die Unterschiede zwischen Menschen werden allgemein wahrgenommen, welche davon aber sozial relevant sind, entscheidet sich in einem sozialen Prozess. Je nach Situation sind die meisten Unterschiede irrelevant, einzelne werden aber zur Unterscheidung herausgegriffen.

Die Bedeutung dieser sozialen Definition belegen die Autoren anhand zweier Faktoren:

„First, substantial, oversimplification is required to create groups. One example is the assignment of individuals to categories of “black” or “white” when there is enormous variability within the resulting categories and no clear demarcation between categories on almost any criterion one can think of, even attributes like skin color, parentage, or facial characteristics that are believed to define the categories.“ (Link / Phelan 2001: 367) Das gleiche gilt auch für andere Kategorien wie jung und alt, psychisch krank und normal, behindert oder nicht.

Der zweite Faktor besagt, dass die als wichtig erachteten Merkmale bzw. Labels stark nach Zeit und Ort variieren. Rote Haare, zusammengewachsene Augenbrauen, Eingebungen (vgl. Goffman 1975: 10) und vieles mehr können das

eine Mal Merkmale unter vielen anderen sein, zu anderer Zeit oder an einem anderen Ort aber auch verheerende Stigma-Male darstellen.

2. Associating human differences with negative attributes

Wie schon Goffman gezeigt hat, ist es für den Stigmatisierungsprozess entscheidend, dass die getroffenen Unterscheidungen mit negativen Stereotypen in Verbindung gebracht werden. Mit einer Etikettierung erhält eine Person einen Satz unerwünschter Eigenschaften aus dem die Stereotypen entstehen. In diesem Bereich hat die psychologische Forschung gezeigt, dass die automatische Verbindung von Etikett und Stereotyp auch eine Form der „kognitiven Effizienz“ darstellen kann, weil so Einschätzungen und Einordnungen schneller getroffen und so Ressourcen für anderes genutzt werden können. (vgl. Link / Phelan 2001: 369f)

3. Separating „us“ from „them“

Die Unterscheidung in Verbindung mit der Zuschreibung negativer Stereotype ermöglicht den dritten Schritt im Stigmatisierungsprozess: Die Unterscheidung in „wir“ und „die“. Dabei werden die Anderen als grundsätzlich anders dargestellt, was in der Extremform so weit gehen kann, dass den Anderen das „Menschsein“ abgesprochen wird. Diese Unterscheidung erleichtert die ungestrafte Zuschreibung negativer Attribute an die Gruppe der Stigmatisierten. Diese Unterscheidung wird auch sprachlich sehr deutlich, wenn eine Person nicht ein Etikett hat, sondern vielmehr zum personifizierten Etikett wird. So wird von Epileptikern oder Schizophrenen gesprochen und nicht von Menschen, die an einer Erkrankung leiden.

4. Status loss and discrimination

Für Link und Phelan sind Statusverlust und Diskriminierung die unausweichlichen Konsequenzen aus den ersten drei Komponenten. „Thus, people are stigmatized when the fact that they labeled, set apart, and linked to undesirable characteristics lead them to experience status loss and discrimination.“ (Link / Phelan 2001: 371) Zur Benachteiligung kommt es in den verschiedensten

Lebensbereichen wie Beruf, Einkommen, Partnerschaft, Wohnen, medizinische Versorgung u.v.m.

Die Autoren unterscheiden zwischen „individueller Diskriminierung“, wie etwa die Vermeidung sozialer Kontakte, und „struktureller Diskriminierung“, wie etwa rechtliche, finanzielle oder organisatorische Benachteiligungen. Die Diskriminierung kann, auch wenn aktuell keine offensichtlichen Diskriminierungserfahrungen gemacht wurden, durch die Person selbst entstehen. Ebenso wie im modifizierten Etikettierungsansatz, wird der erwarteten Ablehnung und Ausgrenzung, der so genannten Selbststigmatisierung, große Bedeutung beigemessen.

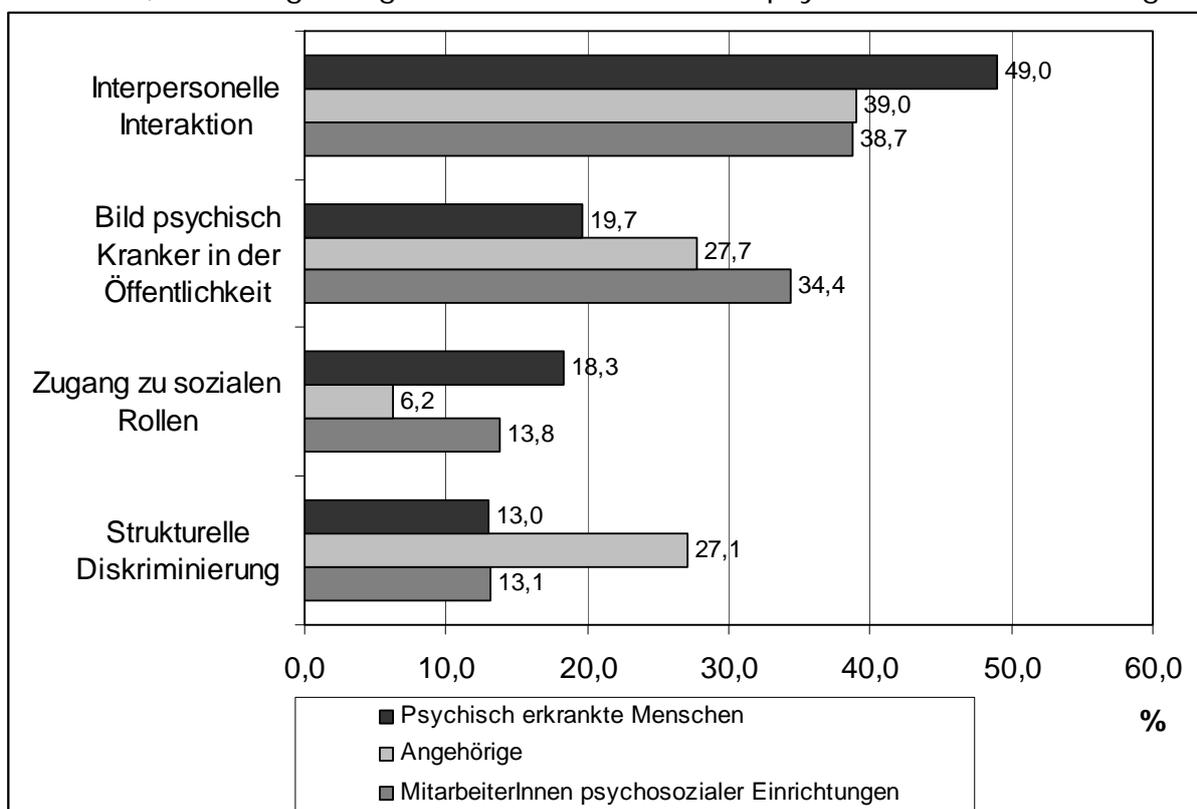
Damit der Stigmazprozess mit diesen vier Komponenten Wirkung zeigen kann, bedarf es eines Machtgefälles zwischen Stigmatisierenden und Stigmatisierten. Link und Phelan bringen dafür das Beispiel psychiatrischer Patienten, die manche ihrer Ärzte als „pill pusher“ etikettieren, mit negativen Attributen wie kalt, bevormundend und arrogant belegen, Gespräche oder den Kontakt mit ihnen vermeiden oder sogar(vgl. Goffman 1975: 10) Witze über sie machen. Auch wenn die Patienten alle Punkte der Stigmatisierung erfüllen, werden die Ärzte und andere Mitarbeiter nicht zur stigmatisierten Gruppe. Den Patienten fehlt die soziale, finanzielle oder politische Macht, um Diskriminierung mit ernsthaften Konsequenzen umzusetzen. (vgl. Link / Phelan 2001: 376) Ohne die Macht negative Konsequenzen durchzusetzen, sprechen die Autoren nicht von Stigmatisierung. Damit ist die Machtverteilung ein entscheidendes Kriterium.

3. Stigma der psychischen Erkrankung

Das Stigma psychischer Erkrankungen ist so vielfältig und durchdringt so viele Bereiche unseres Lebens, dass hier nur einige exemplarische Bereiche dargestellt werden können.

Schulze untersuchte die Stigmatisierungserfahrungen psychisch erkrankter Menschen (Schizophrenie oder psychotische Störung) mit Hilfe von Fokusgruppen. (Schulze 2005) Dies ist eine Form des Gruppeninterviews, bei der ein Thema („Stigmatisierungserfahrungen“) anhand von wenigen offenen Fragen von Beteiligten mit einem vergleichbaren Erfahrungshintergrund und gemeinsamen Interessen diskutiert wird. (vgl. Dreher / Dreher 1991) Neben Menschen mit psychischen Erkrankungen nahmen auch Angehörige und Mitarbeiter psychosozialer Einrichtungen teil. Dabei fanden sich vier Dimensionen: Interpersonelle Interaktion, das Bild psychisch Erkrankter in der Öffentlichkeit, erschwerten Zugang zu sozialen Rollen und strukturelle Diskriminierung. (vgl. Schulze 2005: 126f)

Abbildung 3.1 Dimensionen des Stigmas aus Sicht psychisch erkrankter Menschen, ihrer Angehörigen und MitarbeiterInnen psychosozialer Einrichtungen



(modifiziert nach Schulze / Angermeyer 2003: 308)

Es wurde deutlich, dass die Stigmatisierungserfahrungen bei psychisch erkrankten Menschen, den Angehörigen und Mitarbeitern psychosozialer Einrichtungen sehr unterschiedlich ausfallen. Leiden psychisch Erkrankte in den Bereichen „interpersonelle Interaktion“ und „Zugang zu sozialen Rollen“ mehr als die anderen Gruppen, ist für Angehörige die „strukturelle Diskriminierung“ belastender als für die anderen. Am meisten leiden scheinbar Mitarbeiter psychosozialer Einrichtungen unter dem „Bild psychisch Kranker in der Öffentlichkeit“.

Im Folgenden wird vor allem auf die Stigmatisierungserfahrungen psychisch erkrankter Menschen eingegangen.

3.1 Diskriminierung bei Interpersonellen Interaktionen

Die mit Abstand häufigsten Stigmatisierungserfahrungen wurden im Bereich interpersoneller Interaktionen genannt. Hier stand vor allem die Reduzierung sozialer Kontakte im Vordergrund. Einige der Befragten berichten von folgender Erfahrung: Wenn bekannt wird, dass ein Mensch mit der Psychiatrie in Kontakt steht, wird seine Person darauf reduziert „verrückt zu sein, unzurechnungsfähig, jemand, dem man nicht trauen kann“. (Schulze / Angermeyer 2002: 81) Viele gaben an, dass sie außerhalb der „Psychiatrie-Szene“ keine sozialen Kontakte mehr hätten. Diese Erfahrungen der Ausgrenzung und des Rückzugs gaben 16,7% der Erkrankten an und bildeten damit die am häufigsten genannte Stigmatisierungserfahrung. (vgl. Schulze / Angermeyer 2002: 80) Aber auch Kontakte zu Mitarbeitern psychosozialer Einrichtungen gehören zu den interpersonellen Interaktionen und so lag in diesem Bereich die zweithäufigste Situation für negative Erfahrungen. „Die Erkrankten fühlten sich in ihrer Beziehung zu den Ärzten in der Klinik vor allem dadurch stigmatisiert, dass man ihrer Person und der Vorgeschichte ihrer Erkrankung wenig Interesse entgegenbrachte und ihre Bedürfnisse und Sichtweisen nicht ernst nahm.“ (Schulze / Angermeyer 2002: 81)

3.2 Diskriminierung durch das Bild psychisch Erkrankter in der Öffentlichkeit

Jener Bereich, in dem Menschen mit psychischen Erkrankungen am zweithäufigsten Stigmatisierung erleben, ist jener, der mit der Vorstellung der Öffentlichkeit über psychisch Erkrankte einhergeht.

„Das Vorherrschen negativer Vorstellungen und Stereotypen über psychisch Kranke in der öffentlichen Meinung wird nicht allein als Ursache der Stigmatisierung wahrgenommen, sondern als direkt diskriminierend und verletzend empfunden. Die Gegenwart dieses negativen öffentlichen Bildes ist Teil des Stigmaerlebens.“ (Schulze 2005: 129)

Diese negativen Vorstellungen finden zum Beispiel auch in der Sprache ihren Ausdruck. Um ein Thema kommunizieren zu können, ist vor allem die Begrifflichkeit von großer Bedeutung. Bei einer qualitativen Studie mit 472 14jährigen Schülern in England wurden als Antworten auf die Frage „What sorts of words or phrases might you use to describe someone who experience mental health problems?“ (Rose et al. 2007: 1) 250 Begriffe erfasst. Aus diesen Begriffen konnten sechs Themenbereiche herausgearbeitet werden. Rund die Hälfte der Begriffe (46%) konnte unter dem Thema „popular derogatory terms“ (weit verbreitete abfällige Begriffe) zusammengefasst werden. Dazu gehören Ausdrücke wie „Nuts“, „Psycho“, „Weird“, „Freak“ und andere. Viele dieser Begriffe drücken auch Angst bzw. Gefährlichkeit aus, womit die Autoren der Studie erklären, warum im Themenbereich „Gewalt“ (s.u.) überraschend wenige Begriffe vertreten sind. Die zweitgrößte Gruppe an Begriffen (24%) stand unter dem Thema „Negative Emotional State“ (negativ besetzter emotionaler Zustand). Darunter wurden Begriffe wie „Disturbed“, „Confused“, „Ill“ und „Distressed“ subsumiert. Die weiteren Themenbereiche waren: „Physical Illness or Learning Disability“ (15%), „Psychiatric categories“ (6%), „Violence“ (4%) und „Loneliness“ (4%). (vgl. Rose et al. 2007: 1) Die Personen finden kaum neutrale oder gar positive Begriffe für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dieses Phänomen ist auch im Projekt „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“ aufgetaucht: Wenn Schüler sehr interessiert und engagiert mit Betroffenen und Angehörigen diskutieren, ihre Erfahrungen erzählen wollen, aber keine passenden Begriffe für

Menschen mit psychischen Erkrankungen finden können, verwenden sie ungewollt negativ besetzte Ausdrücke. Auch im psychosozialen Bereich besteht derzeit eine große Unsicherheit, welche Begrifflichkeit nun zu verwenden sei: Begriffe wie Depressiver oder Schizophrener werden nicht mehr als politisch korrekt betrachtet, Patient (trifft nur für die Zeit der Behandlung zu), Klient (betont zu sehr den Konsumenten-Status), User oder Psychiatrie-Erfahrener (beziehen sich nur auf die Nutzung einer psychosozialen Einrichtung), Betroffener (man verschweigt dabei, *wovon* betroffen), Person mit einer psychischen Erkrankung oder Person mit einem psychosozialen Unterstützungsbedarf (sind sehr sperrige Bezeichnungen) finden daher je nach Sichtweise und Absicht des Verwenders ihre Anwendung.

Das Wissen und damit zum Teil auch die Sichtweise zu psychischen Erkrankungen stammt beim größten Teil der Bevölkerung aus den Medien. Bei einer Untersuchung in Österreich (Grausgruber et al. 2002) gaben 55,5% der Personen an, ihr Wissen über Schizophrenie aus Zeitungen zu haben, 48,6% aus Fernsehen und Radio und 48,3% aus Spielfilmen. Nur ein relativ kleiner Teil der Personen bekam Informationen aus Gesprächen mit anderen (nicht kranken) Menschen (22,1%) oder aus Gesprächen mit psychisch Erkrankten oder deren Angehörigen (20,7%). (vgl. Grausgruber et al. 2002: 60).

In einer Untersuchung der Sendungen zum Hauptabendprogramm ergab, dass bei 20,5% dieser Sendungen Menschen mit psychischen Erkrankungen in relevanten Rollen vorkamen. Dabei wurden 72,1% der psychisch Erkrankten als gewalttätig dargestellt, 21,5% sogar als Mörder. Von den nicht psychisch erkrankten Charakteren wurden 8,7% als Mörder dargestellt. (vgl. Signorelli 1989). In einem Überblick über mehrere Studien zeigt Thornicroft, dass rund die Hälfte bis zwei Drittel der (fiktionalen und nicht fiktionalen) Darstellungen von psychisch erkrankten Menschen mit Gewalt zu tun haben. (vgl. Thornicroft 2006: 113ff)

Diese Berichte zeigen auch nachhaltigen Einfluss auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Erkrankten. So konnten Angermeyer und Schulze darstellen, dass durch medial groß dargestellte Gewaltverbrechen an zwei Politikern in Deutschland, die von psychisch erkrankten Menschen begangen wurden, die soziale Ablehnung stark anstieg.

Am 24. April 1990 kam es zu einem Attentat auf Oskar Lafontaine und am 12. Oktober 1990 auf Wolfgang Schäuble, wobei beide von Menschen mit einer psychischen Erkrankung begangen wurden. Bei einer Bevölkerungsumfrage in Deutschland im April 1990 gaben 19,5% der Personen an einen Menschen, der an Schizophrenie leidet, nicht als Nachbarn haben zu wollen. Im Juni 1990 (nach dem ersten Attentat) stieg dieser Wert auf 23,3% und im Dezember 1990 (nach dem zweiten Attentat) auf 36,4%.

Im Juni 1990 schrieben 56,1% der Bevölkerung psychisch Erkrankten zu, „unberechenbar“ zu sein, im Dezember 1990 67,9%. Die Eigenschaft „gefährlich“ sahen im Juni 1990 21,3% der Bevölkerung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, im Dezember 1990 30,1%. Dieser Anteil ist damit um fast die Hälfte angestiegen. Diese signifikanten Änderungen gingen innerhalb eines Jahres wieder zurück (Dezember 1991: unberechenbar: 53,2%; gefährlich: 21,2%). (vgl. Angermeyer / Schulze 2001: 479ff).

Mehrere andere Studien belegen den großen Einfluss der medialen Darstellung auf die Einstellung der Bevölkerung. Diese einprägsamen Darstellungen, seien sie nun Fiktion oder nicht, werden bei der Interpretation aktueller Ereignisse (Schlagzeilen, bis hin zu Begegnungen) herangezogen. „We can see the media as a crucial variable, not merely for reinforcement, but as a powerful influence in the development of beliefs, attitudes and emotional response in this key area of social life.“ (Thornicroft 2006: 120)

3.3 Diskriminierung durch limitierten Zugang zu sozialen Rollen

Rund ein Fünftel der Stigmatisierungserfahrungen der Menschen mit psychischen Erkrankungen gründet darin, dass ihnen der Zugang zu sozialen Rollen aufgrund ihrer Erkrankung erschwert oder gar verwehrt wird. Dabei geht es vor allem um Rollen in der Familie, in der Partnerschaft und im Berufsleben. Viele Betroffene geben an, dass es auf Grund des Etiketts „psychisch krank“ schwierig ist einen Partner oder einen Arbeitsplatz zu finden. In diesem Zusammenhang stellt sich für manche die Frage, ob sie die Erkrankung nicht verschweigen – was verheerend für die Lebensqualität der Betroffenen ist. (vgl. Schulze 2005)

Die Erhebungen zur Einstellung der österreichischen Bevölkerung zu psychisch erkrankten Menschen (Grausgruber 2002; Grausgruber 2008) zeigt eine starke soziale Distanz, die sich vor allem auch in der Zurückweisung aus bestimmten sozialen Rollen äußert. So sind 61% der Befragten bereit einen Menschen, der an Schizophrenie erkrankt ist, als Nachbarn zu akzeptieren. Weit weniger, nämlich nur 35%, können sich eine Schwiegertochter oder einen Schwiegersohn mit dieser Erkrankung vorstellen. Nur 30% würden einen Betroffenen als Arbeitnehmer einstellen, und nur 22% würden ihn auch als Vorgesetzten akzeptieren. Jemandem mit dieser Erkrankung die eigenen Kinder zur Beaufsichtigung anzuvertrauen, ist für kaum jemanden (6%) vorstellbar. (vgl. Grausgruber 2008)

Tabelle 3.1: Bereitschaft der Bevölkerung zu Kontakten mit psychisch erkrankten Menschen in bestimmten sozialen Rollen.

	2007
Kinder zur Beaufsichtigung anvertrauen	6%
als Vorgesetzten akzeptieren	22%
als Arbeitnehmer einstellen	30%
in die Familie einheiraten lassen	35%
als Nachbarn akzeptieren	61%

(vgl. Grausgruber 2008)

3.4 Strukturelle Diskriminierung

Stigmatisierungserfahrungen gehen weit über den Bereich der direkten Kommunikation mit anderen hinaus. 13% aller psychisch Erkrankten berichten über erlebte Ungerechtigkeiten und Ungleichheiten bei Gesetzen, Behörden und anderen gesellschaftlichen Strukturen. In der Untersuchung von Schulze werden vor allem Mängel „(...) in der Qualität der psychiatrischen Versorgung als stärkste Form der strukturellen Diskriminierung wahrgenommen.“ (Schulze 2005: 131) Dabei wird unter anderem der Mangel an extramuralen Einrichtungen, die Fokussierung der Therapien auf Medikamente, die mangelnde Vernetzung einzelner Angebote und das Gefühl es gäbe eine Einheitstherapie für alle,

kritisiert. Psychotherapie, gefordert von Patienten und Experten, wird nur in geringem Ausmaß finanziert.

„Das alles bedeutet, dass Behandlungsmaßnahmen, die bekannterweise und entsprechend dem ASVG (Anm.: Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz), die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit oder Fähigkeit für lebenswichtige persönliche Bedürfnisse zu sorgen' wieder herstellen oder verbessern können, im Falle psychischer Erkrankungen weder adäquat angeboten noch finanziert werden. Die Diskriminierung basiert auf den auch im Gesundheitssystem weiter vorherrschenden üblichen stigmatisierenden Einstellungen ‚unheilbar und chronisch' und wird durch eine erstaunliche Missachtung der Ergebnisse der klinischen Forschung über wirksame Behandlungsmethoden in der Psychiatrie verursacht.“ (Gutierrez-Lobos 2005: 23)

In den Allgemeinen Geschäftsbedingungen für private Versicherungen sind Menschen mit psychischen Erkrankungen („Geisteskranke“) ausdrücklich ausgeschlossen. Dabei geht es um Leistungen wie Privathonorare, Taggeld für Krankenhausaufenthalte, Pflegeunterstützung, aber auch die Rückholung aus dem Ausland. Erfahrungsgemäß sind nach Rücksprachen Ausnahmen möglich, aber diese Ausnahmen bestätigen die Regel, dass Versicherungen noch immer von unheilbar kranken Menschen mit langen Krankenhausaufenthalten ausgehen und diese Regelungen ihre Gültigkeit behalten können.

Weiters sehen das Kirchenrecht und das Zivilrecht (§22 Abs. 1, §37 Abs.2) die Möglichkeit vor, dass man sich scheiden bzw. die Ehe annullieren lassen kann, wenn beim Partner eine psychische Erkrankung (oder die Veranlagung dafür!) vorliegt. (vgl. Gutierrez-Lobos 2005: 24) Abgesehen von allem anderen können diese Regelungen wesentliche wirtschaftliche und sozialrechtliche Nachteile für psychisch erkrankte Menschen bringen.

Darüber hinaus wird der vorherrschende Leistungsdruck in der Gesellschaft kritisiert, durch den Vorgaben wie Leistungsfähigkeit, Flexibilität oder wirtschaftlicher Erfolg entstehen, denen Menschen mit psychischen Erkrankungen weitgehend nicht entsprechen können. (vgl. Schulze 2005: 132) Die Chancen für psychisch Erkrankte sind in einem prekären Arbeitsmarkt besonders schlecht und

die Regeln des Marktes gelten in immer stärkerem Ausmaß auch für die Arbeit in Projekten für Rehabilitation und Integration. Dies zeigt sich auch in der sehr hohen Zahl an Personen, die einer Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension aufgrund verminderter Arbeitsfähigkeit beziehen. Im Jahr 2007 waren in Österreich 80.915 Personen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit aufgrund psychiatrischer Krankheiten in Pension. Dies entspricht einem Anteil von 18,1% aller Personen, die aufgrund einer Erkrankung vor dem eigentlichen Pensionsantrittsalter in Pension gingen. Bei Frauen lag dieser Anteil sogar bei 21,8%.

Tabelle 3.2: Stand an Pensionen (einschließlich vorzeitiger Alterspensionen) wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit auf Grund psychiatrischer Krankheiten im Jahr 2007.

	Gesamt	Frauen	Männer
Gesamt	446.685	178.464	268.221
auf Grund psychiatrischer Krankheiten	80.915	38.971	41.944
Anteil der Pensionen auf Grund psychiatr. Krankheiten an allen Neuzugängen	18,1%	21,8%	15,6%

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2008: Tabelle 3.15; eigene Berechnungen

Die Anzahl der Personen, die wegen einer psychischen Erkrankung eine Pension in Anspruch nehmen, ist in den vergangenen Jahren stark gestiegen. Gab es 1999 noch 4.697 Neuzugänge auf Grund psychiatrischer Erkrankungen, waren es 2007 bereits 8.732.

Bei den Neuzugängen an Pensionen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit sind psychiatrische Erkrankungen mit einem Anteil von 28,7% bereits der zweithäufigste Grund hinter „Erkrankungen des Skeletts, Muskel und Bindegewebe“. In der Pensionsversicherung der Unselbständigen sind psychiatrische Erkrankungen mit 32,3% bereits der häufigste Grund.

Besonders hoch ist der Anteil der Neuzugänge auf Grund psychiatrischer Erkrankungen mit 38,2% bei Frauen, bei den unselbständig Erwerbstätigen alleine sogar 44,9%! (vgl. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2008, Katschnig et al., 2001)

Tabelle 3.3: Neuzugang an Pensionen (einschließlich vorzeitiger Alterspensionen) wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit auf Grund psychiatrischer Krankheiten im Jahr 2007.

	gesamt	Frauen	Männer
Neuzugänge gesamt	30.435	10.987	19.448
Neuzugänge auf Grund psychiatrischer Krankheiten	8.732	4.200	4.532
Anteil der Neuzugänge auf Grund psychiatr. Krankheiten an allen Neuzugängen	28,7%	38,2%	23,3%

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2008: Tabelle 3.34; eigene Berechnungen

4. Stigma „psychisch krank“ – Versuche einer Reduzierung

Die „World Psychiatric Association“ startete 1996 ein Programm zum Abbau der Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen. Unter dem Titel „Open the doors“ wurden, ausgehend von Kanada, Spanien und Österreich, Konzepte entwickelt, Best-Practice-Modelle weitergegeben, Tagungen organisiert und die Durchführung regionaler Anti-Stigma-Kampagnen angeregt. Mittlerweile sind weit mehr als 20 Länder daran beteiligt. (World Psychiatric Association 2003)

Es gibt eine große Zahl unterschiedlichster Projekte mit verschiedenen Zielgruppen, Ansätzen, Konzepten und Zielen, die an verschiedenen Stellen des Stigmaprozesses wirken.

Link und Phelan sprechen von 4 Stufen des Stigmaprozesses (s.o. 31ff): Es werden Unterschiede zwischen Menschen aufgegriffen, benannt und zur Unterscheidung verwendet, die Unterschiedenen werden mit negativen Stereotypen behaftet, was eine weitere Differenzierung in „wir“ und „sie“ erleichtert und als vierten Punkt die Diskriminierung ermöglicht. Unterschiedliche Projekte zur Reduzierung von Stigma zielen auf jeweils andere Stufen im Stigmaprozess ohne explizit dafür konzipiert worden zu sein, sie lassen sich aber zur besseren Übersichtlichkeit so kategorisieren. (vgl. Angermeyer / Schulze 2002, 39)

4.1 Wahrnehmung und Benennung eines Unterschiedes

Ein Stigmatisierungsprozess kann erst dann beginnen, wenn bei einer Person ein Merkmal zur Unterscheidung festgestellt und benannt werden kann. Bei einem großen Teil der psychischen Erkrankungen ist dies auf den ersten Blick gar nicht einfach.

Sehr augenscheinlich können Symptome einer akuten psychotischen Erkrankung sein. Die Angst, Agitiertheit, verworrene Sprache, das sichtbare oder hörbare Reagieren auf Halluzinationen, das Erzählen von Wahnhaltungen und vieles mehr sind für die Umwelt deutlich erkennbar und werden häufig mit einem Begriff für „psychisch krank“ bezeichnet. Weniger deutlich sind da schon die Negativ-

Symptome. Gerade Angehörige von psychisch erkrankten Menschen wissen aus eigener Erfahrung, wie viele dieser Symptome einer Erkrankung, die für andere vielleicht ganz offensichtlichen sein mögen, mithilfe ganz anderer Ursachen erklären kann. In manchen Familien werden lange Zeit Stress, Liebeskummer oder andere belastende Lebensumstände für den veränderten „Gemütszustand“ verantwortlich gemacht, da man unbewusst die Benennung der psychische Erkrankung und damit das Risiko der Stigmatisierung vermeiden will.

Die psychische Erkrankung kann ebenfalls „sichtbar“ werden, wenn die Fähigkeiten den Alltag zu bewältigen immer stärker eingeschränkt wird, wie z.B. wenn Kleidung oder störendes Wohnverhalten augenscheinlich werden.

Paradoxerweise führt das an und für sich gesunde Verhalten, Hilfe zu suchen und anzunehmen, zum eindeutigsten und längstwährenden Unterscheidungsmerkmal: „Psychiatrischer Patient“. Spätestens dadurch werden psychisch Erkrankte vor sich selbst und anderen zu „Diskreditierbaren“ (s.o. 21), auch wenn die Symptome der Erkrankung nicht sichtbar wurden.

„When people develop the symptoms of a mental illness, they face decisions about treatment seeking and official labeling. If they choose or are coerced into psychiatric treatment, they are exposed to a kind of ‘package deal’ of positive and negative effects. Although they can benefit from the positive effects of treatment, they are also exposed to the negative effects of stigma.“ (Link / Phelan 1999: 491)

Weitere sichtbare Merkmale psychisch erkrankter Menschen können die Nebenwirkungen der psychiatrischen Therapien sein. Bei den älteren Neuroleptika waren es extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen, die Patienten parkinsonoid erscheinen lassen. (vgl. Angermeyer / Schulze 2002: 40) Bei den neueren Neuroleptika kann es zum so genannten Metabolischen-Syndrom kommen, dessen sichtbare Komponente eine starke Gewichtszunahme ist.

Im psychosozialen Bereich versucht man das Etikett „psychiatrischer Patient“ „freundlicher“ zu gestalten, indem man von „Klienten“, „Psychoseerfahrenen“, „Psychiatrieerfahrenen“ oder „Betroffenen“ spricht. Es ist unklar, worin bei den

einzelnen Begriffen die Unterschiede in der Attributierung durch die Gesellschaft liegen.

An diesem Punkt des Stigmatisierungsprozesses kann man darauf aufbauen, dass bei dem oben genannten „package deal“ für die Betroffenen die positiven Effekte die negativen Effekte deutlich und nachvollziehbar überragen. Ein Lösungsansatz liegt sicher in der Einbeziehung von Betroffenen und auch Angehörigen in die Planung neuer Unterstützungsangebote und in die entsprechenden politischen Gremien, damit ihr Wissen, ihre Anliegen und ihre Wünsche entsprechend berücksichtigt werden können.

4.2 Verknüpfung der Merkmale mit negativen Stereotypen

Nachdem jemand aufgrund seiner für andere sichtbaren Symptome oder aufgrund der offiziellen Einstufung als „psychiatrischer Patient“ etikettiert wurde, erfolgt die Verknüpfung mit negativen Stereotypen. Im Wesentlichen geht es dabei um vier Aspekte:

- Die Vorstellung, dass psychisch Kranke gefährlich seien,
- dass sie selbst für ihre Erkrankung verantwortlich seien,
- dass die Erkrankung chronisch verlaufen würde, schwer zu behandeln sei und eine schlechte Prognose hätte und
- dass psychisch Kranke gegen die Normen sozialen Rollenverhaltens verstoßen und unberechenbar seien. (Angermeyer / Schulze 2002: 40f)

Je nachdem wie in einzelnen Untersuchungen die Frage nach der Attribution psychisch Erkrankter gestellt wird, variieren die Ausprägungen dieser Aspekte. Der Aspekt der Gefährlichkeit ist bei Personen, die an Schizophrenie erkrankt sind, am stärksten ausgeprägt. Fragt man nach der Gefährlichkeit von „psychisch Erkrankten“ (ohne Nennung einer Diagnose) erhält man den gleichen Wert wie bei der Frage nach der Gefährlichkeit Schizophrenie-Erkrankter. (vgl. Grausgruber et al. 2006: 5). Stellt man Personen aber nicht mit einem Etikett, sondern mit einer Fallvignette dar, entstehen andere Eindrücke: Die in Vignetten dargestellten psychisch erkrankten Menschen werden bei weitem nicht von allen Personen als psychisch erkrankt eingestuft. Bei der Beschreibung eines an Schizophrenie erkrankten Patienten nahmen 70,8% der Befragten eine

psychische Erkrankung an, bei der Beschreibung eines an Depression erkrankten Patienten 62,0%. Jene, die den Schizophrenie-Patienten als erkrankt eingestuft hatten, assoziierten ihn mit Gefährlichkeit und reagierten mit Angst und Ärger und damit zusammenhängend mit sozialer Distanz. Auf die Person mit der depressiven Erkrankung reagierten die Befragten mit Ärger, Gefährlichkeit hatte in diesem Zusammenhang keine Bedeutung. (vgl. Angermeyer / Matschinger 2003: 306ff)

Auch für die anderen Aspekte gibt es ähnliche Ergebnisse: Das allgemeine Etikett „psychisch krank“ bringt sehr negative Ergebnisse, ähnlich wie bei jenen mit dem Etikett „Schizophrenie“. Teilweise bessere Ergebnisse bekommen andere Diagnosen (z.B. Depression) oder auch, wenn bei Schizophrenie die Negativsymptomatik beschrieben wird. (vgl. Grausgruber et al. 2002: 62ff, Nordt 2006: 713)

Der größte Teil der Aktivitäten zum Abbau der Stigmatisierung zielte auf die Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen ganz allgemein, oder auf jene mit der Erkrankung Schizophrenie ab. Erst in den letzten Jahren gab es Aktivitäten zum Thema Depression. Es erscheint unsinnig gegen die negativen Stereotype der „psychische Erkrankungen“ als alle Erkrankungen umfassendes Etikett vorgehen zu wollen. Vielmehr muss deutlich zwischen einzelnen Erkrankungen und einzelnen Aspekten der Attributierung unterschieden werden. (vgl. Angermeyer / Matschinger 2003: 308)

Nicht ganz unproblematisch erscheint es, dass zum Abbau dieser Stereotype vor allem Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen herangezogen werden. Man will von ihnen als Experten wissen, welche Eigenschaften psychisch Erkrankte nun haben. Mehrere Untersuchungen haben mittlerweile aber gezeigt, dass die Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen keine positivere Einstellung (v.a. bei sozialer Distanz) zu psychisch Erkrankten haben als die Allgemeinbevölkerung. Teilweise ist die Einstellung sogar noch schlechter. (vgl. Lauber 2006, Nordt 2006, Schulze 2007) Dies mag unter Umständen daran liegen, dass sie vor allem mit schwer kranken, sich selbst oder andere gefährdenden oder chronisch kranken Patienten zu tun haben und dabei den größten Anteil der psychisch erkrankten Menschen außer Acht lassen. Dies sollte bei der Planung von Aktivitäten zum Stigmaabbau berücksichtigt werden.

4.3 Abgrenzung von anderen Menschen

Nach der Etikettierung als „psychisch krank“ oder „schizophren“ und der Verknüpfung mit negativen Stereotypen besteht die starke Tendenz zur Abgrenzung der stigmatisierenden von den stigmatisierten Personen. Die ausgrenzende Unterscheidung in „wir“ und „die“ kann den Erfahrungen nach am ehesten durch persönliche Kontakte zwischen psychisch Erkrankten und bestimmten Zielgruppen (z.B. Schüler, Polizisten, Journalisten) überwunden werden. (vgl. Sulzenbacher et al. 2002, Bock / Naber 2003, Thornicroft et al. 2008)

Die Untersuchungen zu solchen persönlichen Kontakten zeigen einen geringeren Wunsch nach sozialer Distanz und ein Sinken der Annahme dass Betroffene gefährlich seien. Ähnlich ist es auch bei extramuralen psychiatrischen Einrichtungen. Stoßen sie vor ihrer Eröffnung oft auf heftigen Widerstand der Anrainer, so nehmen nach längerem (positiven) Kontakt sowohl die Annahme der Gefährlichkeit, als auch der Wunsch nach sozialer Distanz ab. (vgl. Wolff et al. 1996) „In diesem Zusammenhang erscheint es wichtig, dass der Effekt der persönlichen Erfahrung offenbar vorrangig emotional vermittelt wird, d.h. dass man seltener ängstlich-verunsichert und häufiger prosozial reagiert.“ (Schulze 2002)

Einschränkend muss hier erwähnt werden, dass sich diese positiven Veränderungen auf Angaben in einem Fragebogen beziehen. Ob es auch handlungsrelevante Veränderungen gibt, ist noch nicht ausreichend untersucht worden.

4.4 Diskriminierung

Die Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen kann man in fast allen Lebensbereichen finden: In zwischenmenschlichen Kontakten, in den Medien, innerhalb rechtlicher Bestimmungen, aber auch bei den Betroffenen selbst.

Selbststigmatisierung geht von den internalisierten gesellschaftlichen Vorurteilen gegenüber psychisch Erkrankten aus und kann die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig negativ beeinflussen. Hier helfen kurzfristig psychoedukative Ansätze, bei denen psychisch Erkrankte gemeinsam neue Wege in der Bewältigung der Erkrankung und der dadurch beeinflussten Alltagprobleme

entwickeln. Selbsthilfegruppen und Betroffenenorganisationen können dabei helfen das Selbstvertrauen zu stärken. (vgl. Vauth et al. 2006)

Der Abbau der strukturellen Diskriminierung kann vor allem durch eine kontinuierliche Interessensvertretung von unabhängigen Betroffenen- und auch Angehörigenorganisationen vorangetrieben werden. Das in Österreich 2007 beschlossene Bundesbehindertengleichstellungsgesetz sensibilisiert in diesem Bereich und bildet eine Grundlage für weitere Verbesserungen.

Der Diskriminierung im zwischenmenschlichen Kontakt kann vor allem durch ein gestärktes Selbstbewusstsein der Betroffenen und ihrer Angehörigen in Verbindung mit kontinuierlicher Öffentlichkeitsarbeit zum Abbau negativer Stereotypen entgegengewirkt werden. Die von Betroffenen berichtete Diskriminierung im psychiatrischen und somatisch-medizinischen Bereich (vgl. Schulze / Angermeyer 2002) könnte durch Qualitätssicherungsmaßnahmen und der Einrichtung einer unabhängigen Beschwerdestelle für den psychiatrischen Bereich drastisch reduziert werden. (vgl. Angermeyer / Schulze 2002) Bei der Entwicklung von Qualitätsstandards und weiteren Planungsschritten sollte, um mögliche „blinde Flecken“ aufzudecken, auf die Expertise von Betroffenen und Angehörigen nicht verzichtet werden.

5. Projekt „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“

Die Stigmatisierung und die damit verbundenen negativen Auswirkungen auf die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen wurden in den vorangegangenen Abschnitten dargestellt. Dabei wurde auch auf die Bedeutung von Aktivitäten hingewiesen, die zum Abbau der Stigmatisierung beitragen sollen.

Die Angehörigenorganisation HPE-Österreich, Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter, hat in den Jahren 1999 und 2000 ein Informationsprojekt für Schüler der Oberstufe (im Alter von 14 bis 18 Jahren) entwickelt und durchgeführt.² Der Grundgedanke des hier beschriebenen Projektes war es Schülern abseits von tragischen Nachrichten und spannenden Krimis die Möglichkeit zu bieten sich unmittelbar mit dem Thema „psychische Erkrankungen“ und den Schwierigkeiten psychisch erkrankter Menschen auseinanderzusetzen. Dafür wurden Basisinformationen und vor allem persönliche Kontakte mit psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen angeboten, um negative Stereotype abzubauen oder deren Entstehung einzuschränken. Es sollte nicht primär Faktenwissen vermittelt, sondern vielmehr die persönliche Einstellung positiv beeinflusst werden.

Schüler wurden aus mehreren Gründen als Zielgruppe ausgewählt: Sie werden die Gesellschaft von morgen prägen, sind eher offen für neue Erfahrungen, mehr an sozialen Fragen interessiert, stellen weiters innerhalb der Familien einen Multiplikator dar und sind darüber hinaus leicht erreichbar. (vgl. Schulze et al. 2003, Sulzenbacher et al. 2002)

5.1 Projektziel

Ziel des Projektes war es den Jugendlichen die Möglichkeit zu bieten sich, unterstützt durch Basisinformationen und über persönliche Kontakte mit Betroffenen, mit dem Themenbereich „psychische Krankheiten“ und den damit verbundenen Vorurteilen auseinanderzusetzen. Folgt man dem Stigmaprozess von Link und Phelan (Link / Phelan 2001), setzt dieses Projekt an Stufe zwei an –

² Projektentwicklung, Organisation der Durchführung und Evaluationskonzept von Edwin Ladinser

der Verknüpfung des Labels „psychisch krank“ mit negativen Stereotypen. Wie bereits beschrieben geht es dabei vor allem um folgende Aspekte:

- Die Vorstellung, dass psychisch Kranke gefährlich seien,
- dass sie selbst für ihre Erkrankung verantwortlich seien,
- dass die Erkrankung chronisch verlaufen würde, schwer zu behandeln sei und eine schlechte Prognose hätte und
- dass psychisch Kranke gegen die Normen sozialen Rollenverhaltens verstoßen und unberechenbar seien. (vgl. Angermeyer / Schulze 2002: 40f)

Im Rahmen dieses Projektes wurde versucht diese Aspekte aufzugreifen und das Etikett „psychisch krank“ mit positiveren Attributen zu verknüpfen. Vor allem sollte den Stereotypen der „Gefährlichkeit“, der „Unberechenbarkeit“ und der „Chronizität“ neue Verknüpfungen entgegengestellt werden. Wie Untersuchungen zeigen konnten, besteht ein starker Zusammenhang zwischen der angenommenen „Gefährlichkeit“ und dem Wunsch nach sozialer Distanz. (vgl. Angermeyer / Matschinger 2003). Daher sollte auch die Einstellung von Schülern gegenüber psychisch erkrankten Menschen in den Bereichen „Ausgrenzung“, „Integration“, „Wohlwollen“ und „soziale Kontrolle“ vor und nach der Intervention erhoben werden.

Die Zielgruppe waren Schüler der 11. und 12. Schulstufe in Niederösterreich.

5.2 Projektdesign

Das Programm je Schulklasse umfasste zwei Termine zu jeweils zwei Schulstunden. Dabei war vorgesehen, dass die zweite Einheit etwa ein bis zwei Wochen nach der ersten stattfinden sollte; das heißt jede Schulklasse wurde zweimal besucht. Geleitet wurde dieses Seminar von jeweils zwei Personen. Einer Person war dabei (vorwiegend) die Aufgabe zugeordnet persönliche Erfahrungen mit eigenen psychischen Krisen bzw. im Kontakt mit psychisch Erkrankten zu erzählen (Angehörige, begleitende Profis). Die andere Person hatte die Aufgabe (vorwiegend) fachliche Informationen zum Thema „psychische Erkrankungen“ in einfacher, verständlicher Form zu präsentieren. Dadurch sollte eine interaktive

Mischung aus Erleben und Information entstehen, die zur Diskussion und Reflexion einlädt.

Im Seminar wurde an jene Bereiche angeknüpft, in denen das Thema „psychische Krankheiten“ für Jugendliche präsent ist (z.B. Medienberichte, gängige Vorurteile, persönliche Erfahrungen, ...). In die bestehenden Einstellungen zum Themenbereich „psychische Krankheiten“ sollte durch neue Informationen und das Aufzeigen neuer Blickwinkel Bewegung (in eine positive Richtung) gebracht werden.

Die vorbereitete Präsentation enthielt die folgenden Themen:

- Was sind **psychische Krankheiten**?
- Welche **Formen** unterscheidet man (sehr grobe Einteilung, Schwerpunkt auf schweren psychischen Erkrankungen, Psychosen – Symptomatik, Häufigkeit, Verlauf)?
- **Ursachen** für psychische Krankheiten (bio-psycho-sozio Modell: Vulnerabilität)
- **Behandlungsmöglichkeiten** (bio-psycho-sozio; verschiedene Einrichtungen)
- Möglichkeit der **Zwangseinweisung** – Selbst- und Fremdgefährdung
- **Gefährlichkeit** von psychisch Kranken
- Vorstellungen von psychisch Kranken in der **Öffentlichkeit** (Medien, Umfragen)
- Ansprechen der häufigsten „**Vorurteile**“ („Schizophrenie“, Zwangsjacke, Elektroschock, gefährliche Irre, verrückt = dumm, verrückt = gefährlich, ...)
- Darstellen der **Realität** von psychisch Kranken und ihrer Angehörigen (typische Karriere, soziale Situation, Angehörige – bad-mad-Problematik, Auswirkungen der Diskriminierung...)

Die Präsentation stand nicht im Mittelpunkt der Veranstaltung, sondern wurde flexibel eingesetzt. Sie konnte jederzeit unterbrochen und einzelne Punkte

vorgezogen oder ausführlicher behandelt werden, um den Interessenschwerpunkten der Schüler besser entgegenkommen zu können.

Der Sinn der zwei Einheiten lag darin, dass die Informationen und Erfahrungen aus der ersten Einheit verarbeitet werden konnten und man in der zweiten Einheit daran anknüpfen konnte. Die Referenten waren den Schüler dann bereits bekannt, aufgetauchte Frage konnten beantwortet werden und die Chance, dass persönliche Erfahrungen eingebracht wurden, stieg.

5.3 Die Umsetzung des Projektes

Die Veranstaltung „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“ wurde über eine Aussendung des Landesschulrates für Niederösterreich angekündigt. Im Zeitraum von Mai 1999 bis Mai 2000 gab es von rund 30 Lehrern aus niederösterreichischen Schulen Anfragen bezüglich des Projektes „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“. Für 20 Veranstaltungen konnten ohne Probleme Termine vereinbart werden.

Die Terminvereinbarungen liefen so ab, dass die Lehrer sich auf die Aussendungen hin bzw. durch Mundpropaganda bei HPE-Österreich telefonisch oder per Fax meldeten. Nach einem ersten telefonischen Kontakt, bei dem weitere Einzelheiten zu Inhalt, Ziel und Gestaltung der Veranstaltung besprochen wurden, erbat HPE-Österreich für die notwendigen zwei Termine einen oder zwei Vorschläge. Meist waren die Uhrzeit und der Wochentag nicht variierbar (Stundenplan), sehr wohl aber die Woche. Innerhalb von zwei Tagen kam von HPE der Rückruf, wer aus dem Team zu den vorgeschlagenen Terminen die Veranstaltungen leiten wird, und somit die Terminbestätigung. Dank der großen Flexibilität aller Projektmitarbeiter konnten seitens HPE alle Terminvereinbarungen problemlos eingehalten werden.

Dass nicht mit allen Anrufern die Durchführung einer Veranstaltung vereinbart werden konnte, hatte verschiedene Gründe: Manche Lehrer konnten keine Doppelstunde anbieten (was vom Projektdesign her aber unbedingt nötig war), andere wollten dezidiert keine Informationsveranstaltung, sondern eine Art Supervision für eine Klasse, in der ein Schüler schwere psychische Probleme hat bzw. ein Schüler Selbstmord begangen hatte. Ein Lehrer lehnte, nach näheren Informationen zum geplanten Inhalt, die Veranstaltung für „seine“ Schüler ab.

Unerwartet schlecht war der Informationsfluss innerhalb der Schulen: Die Ankündigung der Veranstaltung „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“ wurde über eine Aussendung des Landesschulrates für Niederösterreich gemacht. Diese Aussendung ging an die Direktoren der Schulen, die offensichtlich eine starke Filterwirkung ausübten. Häufig wurde die Information nicht an den Lehrkörper weitergeleitet und falls doch, wurden die Unterlagen nur einer einzigen Person (meist jungen Psychologie-Lehrern) ausgehändigt.

Ein weiteres unerwartetes Problem stellte die (ungewollte) Zuordnung des Projektes „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“ zum Psychologie-Unterricht dar. Schulen, in denen Psychologie nicht im Lehrplan enthalten war, hielten das Projekt für ihre Institution nicht für passend. Zum Beispiel wurde ganz bewusst versucht eine große höhere technische Bundeslehranstalt (HTL) für dieses Projekt zu interessieren, doch wurde dies als nicht zum Lehrplan passend (da weder technisch, noch wirtschaftlich) abgelehnt. Auch Hinweise auf die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und ihre Bedeutung hinsichtlich Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit konnten daran nichts ändern.

Als weitgehend unproblematisch stellte sich die Zustimmung der Eltern der Schüler zur Teilnahme am Projekt (inkl. Evaluation) „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“ dar (Durchführung auf Wunsch des niederösterreichischen Landesschulrates; siehe Anhang A). Nachdem mit den Lehrern Termine vereinbart worden waren, erhielten diese einen Brief mit einer näheren Projektbeschreibung und der notwendigen Anzahl an Einwilligungserklärungen, welche die Schüler von den Eltern unterschreiben lassen mussten. Positiv dürfte sich dieser Aufwand dahingehend ausgewirkt haben, dass die Schüler verstärkt zu Hause über die Veranstaltung gesprochen haben.

5.4 Erfahrungen bei der praktisch Umsetzung

Die direkte Reaktion der Schüler und Lehrer, das mündliche Feedback und die Diskussion der persönlichen Eindrücke in den Teambesprechungen zeigten, dass der Auftritt von jeweils zwei Teammitgliedern Lebendigkeit in der Veranstaltung

fast garantiert, und die aktive Mitarbeit von selbst Betroffenen einen besonderen Eindruck hinterlässt.

Jede Schulklasse zweimal zu besuchen ist zwar sehr aufwendig, bringt aber viele Vorteile: Wie bereits beschrieben, unterscheiden sich die Charakteristika der ersten und der zweiten Einheit stark voneinander. Dient die erste Einheit stärker dem Wecken der Aufmerksamkeit für das Thema und der Informationsvermittlung, so werden in der zweiten Einheit diese Informationen in den Diskussionen bereits mit eigenen Erlebnissen oder Gedanken in Verbindung gebracht.

Positiv wurde auch das breitere Themenspektrum bewertet. Anders als bei anderen Projekten, bei denen das Thema ausschließlich „Schizophrenie“ war, ging es in diesem Projekt um Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und ihrem Leben in der Gesellschaft. Nur ganz selten wussten die Schüler die Diagnose einer Person, die sie selbst als psychisch krank oder als psychisch auffällig kennen. Sie konnten sich aber sicher sein, dass ihre Erzählung zum Thema der Veranstaltung passte und damit integriert werden konnte.

Die Ankündigung des Projektes könnte verbessert werden, indem mehrere Wege zur Kommunikation der Veranstaltung beschritten werden: Eine Aussendung über den Landesschulrat, eine weitere Aussendung an die Schulsprecher, Ankündigungen in Zeitschriften der Lehrer-Interessensvertretungen, vermehrte Pressearbeit vor oder zu Beginn der Aktion, direktes Anschreiben von Lehrern eines bestimmten Unterrichtsfaches (z.B. Psychologie-LehrerInnen), etc.

Vielleicht wäre es sinnvoll sich auf Projekte im Rahmen des Unterrichtsfaches Psychologie/Philosophie zu beschränken. Der Vorteil würde darin liegen, dass die entsprechenden Lehrer direkt angeschrieben werden könnten, dass man die Inhalte der Veranstaltungen an bereits interessierte Schüler anpassen kann und sich vielleicht längerfristige Zusammenarbeiten ergeben.

5.5 Die Evaluation des Projektes

Das Evaluationskonzept für dieses Projekt besteht aus drei Bereichen:

a.) Feed-Back: In allen Klassen wurde nach Ende der zweiten Einheit (T2) an die Schüler Fragebögen verteilt, mit denen vor allem ihre Beurteilung der Veranstaltung festgehalten werden sollte (siehe Anhang B).

b.) CAMI-Scale: Der Hälfte aller besuchten Klassen wurde vor der ersten Veranstaltung (T1) und der anderen Hälfte ca. drei Monate nach Durchführung der Veranstaltung (T3) Fragebögen zugesandt, in denen die „CAMI-Scale“ verwendet wurde (siehe Anhang C). Mit der „Community Attitudes to the Mentally Ill“-Skala (CAMI scale – vgl. Taylor & Dear, 1981, Angermeyer et al. 2003) wird die Einstellung gegenüber psychisch Erkrankten erhoben. Diese Skala besteht aus vier Teilen, die folgende Bereiche erfassen: Autoritarismus (authoritarianism), Wohlwollen (benevolence), soziale Einschränkungen (social restrictiveness) und Einstellung zu (gemeindenahen) psychiatrischen Einrichtungen (community mental health ideology).

C.) Verlauf 1-3: Zu allen drei Zeitpunkten (vor, unmittelbar nach und drei Monate nach der Veranstaltung) enthielten die Fragebögen auf der ersten Seite die gleichen offenen Fragen. Damit besteht die Möglichkeit die Veränderung in den Bereichen „Gefährlichkeit“, „mögliche Ursachen“ und „Behandlung“ über drei Zeitpunkte zu verfolgen.

5.5.1 Feedback zur Veranstaltung

An den 19 Veranstaltungen nahmen rund 470 Schüler teil. Nach den Veranstaltungen füllten aber nur 293 Teilnehmer den Feedbackbogen (vgl. Anhang B) aus, dies entspricht einer Responserate von 62%. Davon waren 225 Schülerinnen (77,3%) und 66 Schüler (22,7%) (2 fehlende Angaben), womit mehr als drei Viertel der Befragten weiblich sind. (Tabelle 1)

Es ist bekannt, dass persönliche Erfahrungen wesentlich mehr Eindruck vermitteln können, als Berichte aus zweiter Hand. Daher war es von Vorteil, dass für einen Teil der Veranstaltungen (52,6%) ein Vortragender gewonnen werden konnte, der selbst die Erfahrung einer schweren psychischen Erkrankung gemacht hat und es bereits gewohnt war darüber zu sprechen.

Da bereits andere Untersuchungen (vgl. Schulze et al. 2003, Sulzenbacher et al. 2002) bei Anti-Stigma-Aktionen mit Schülern gezeigt haben, dass jene Veranstaltungen, in denen Betroffene selbst berichten konnten, bessere Erfolge brachten, werden auch bei dieser Evaluation Veranstaltungen mit und ohne Beteiligung von Betroffenen einander gegenübergestellt.

Tabelle 5.1: Anzahl der von teilnehmenden Schülerinnen und Schüler abgegebenen Rückmeldungen

	mit Betroffenenem		ohne Betroffenenem		Gesamt	
	n	Anteil (%)	n	Anteil (%)	n	Anteil (%)
Weiblich	95	78,5%	130	76,5%	225	77,3%
Männlich	26	21,5%	40	23,5%	66	22,7%
gesamt	121	100,0%	170	100,0%	291	100,0%
Anzahl der Veranstaltungen	10		9		19	
Feed-Back je Veranstaltung (durchschnittl.)	12,1		18,9		15,3	

Insgesamt fanden 19 Veranstaltungen statt, 9 Veranstaltungen ohne Betroffenen und 10 Veranstaltungen mit Betroffenen. Im Durchschnitt kamen 15,3 der Fragebögen je Veranstaltung zurück, bei Veranstaltungen mit einem Betroffenen 12,1 und ohne Betroffenen 18,9.

Schon das persönliche Feedback nach den Veranstaltungen sowie die regen Diskussionen und Fragen haben gezeigt, dass für die meisten Schüler das Thema „psychische Erkrankungen“ von Bedeutung ist. Dieser Eindruck bestätigt sich auch darin, dass 60,3% der Schüler angaben es als „sehr wichtig“ zu erachten, dass über das Thema „psychische Erkrankungen“ gesprochen wurde und 33,2% als „wichtig“. Keiner der Schüler fand es „unnötig“, dass über das Thema „psychische Erkrankungen“ gesprochen wurde. Bei den Antworten zu dieser Frage gibt es keine nennenswerten Unterschiede zwischen jenen Schülern, die

eine Veranstaltung mit einem Betroffenen angeboten bekommen hatten und den anderen.

Tabelle 5.2: Beurteilung der Veranstaltung durch die Schülerinnen und Schüler darüber, wie wichtig sie es empfinden, über das Thema „psychische Erkrankungen“ zu sprechen

Von den SchülerInnen wurde die Aktion beurteilt als ...	mit Betroffenen		ohne Betroffenen		Gesamt	
	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)
Sehr wichtig	75	61,5%	101	59,4%	176	60,3%
Wichtig	41	33,6%	56	32,9%	97	33,2%
Neutral	6	4,9%	13	7,6%	19	6,5%
Gesamt	122	100,0%	170	100,0%	292	100,0%

Diese positive Gesamtbeurteilung der Veranstaltungen drückt sich zusätzlich darin aus, dass 96,5% auch anderen Schülern eine Teilnahme an diesen Veranstaltungen empfehlen würden.

Die Schüler wurden gebeten die Veranstaltung in den drei Kategorien „Thematik“, „Gestaltung“ und „Leiter“ mit Schulnoten zu beurteilen. Für die „Thematik“ ergab sich die Durchschnittsnote 1,33, für die „Gestaltung“ 1,90 und für die „Leiter“ die Durchschnittsnote 1,55. Die Gesamt-Durchschnittsnote betrug 1,59.

Am schlechtesten, wenn auch noch immer „gut“, schnitt die „Gestaltung“ der Veranstaltung ab. Auswertungen haben ergeben, dass die Note für die „Gestaltung“ auch stark von der Zusammensetzung der Teams in der jeweiligen Klasse abhing und damit personenspezifisch variierte. Dies gilt auch für die Noten für die „Leiter“. Dieser Zusammenhang weist darauf hin, dass die Unterscheidung der Kategorien „Gestaltung“ und „Leiter“ nicht ausreichend kommuniziert wurde. Die Kategorie „Gestaltung“ erfasst damit eher die Qualität der Präsentation der Personen und nicht nur die konzeptuelle Gestaltung der Veranstaltung.

Tabelle 5.3: Beurteilung der Veranstaltung durch die Schülerinnen und Schüler mit „Schulnoten“ (1 „sehr gut“ bis 5 „nicht genügend“)

Von den SchülerInnen wurden beurteilt: die ...	mit Betroffenenem		ohne Betroffenenem		Gesamt		
	Note	n	Note	n	Note	n	
Thematik	1,32	120	1,34	169	1,33	289	n.s.
Gestaltung	1,73	119	2,01	170	1,90	289	p=0,004
LeiterInnen	1,38	114	1,66	168	1,55	282	p=0,001
Gesamtnote	1,47	114	1,67	167	1,59	281	p=0,002

Bei einem Vergleich von Veranstaltungen mit einem Betroffenen und ohne einen Betroffenen, kann man erkennen, dass es bei der „Thematik“, ähnlich wie bei der Wichtigkeit des Themas, keine nennenswerten Unterschiede gibt. Sehr wohl aber gibt es Unterschiede bei der Beurteilung der „Gestaltung“ und der „Leiter“, bei denen Veranstaltungen mit Betroffenenem signifikant besser beurteilt wurden. Die Benotung der Seminarleiter fiel dann auffallend gut aus, wenn eine Person dabei war, die von einer eigenen psychischen Erkrankung berichten konnte (Note 1,38).

Die Schüler wurden auch gefragt, ob sie im Anschluss an die Veranstaltung mit anderen Menschen über das Thema „psychische Erkrankungen“ gesprochen hatten. Es zeigte sich, dass wesentlich mehr Schülerinnen (75,3%) als Schüler (57,1%; p=0.008) mit anderen über die Veranstaltung gesprochen hatten.

Da diese Frage unmittelbar nach der zweiten Veranstaltung gestellt wurde, beziehen sich diese Werte nur auf die Zeit zwischen den Veranstaltungen und wären nach der zweiten Veranstaltung voraussichtlich höher. Etwas weniger als die Hälfte der Schüler sprach außerhalb der Veranstaltung mit Mitschülern (47,9%), Freunden (47,6%) und Eltern (45,5%).

Tabelle 5.4: Thematisierung psychischer Erkrankungen durch die Schülerinnen und Schüler im Anschluss an die Veranstaltung.

Die SchülerInnen haben mit anderen über das Thema gesprochen ...	mit Betroffenenem		ohne Betroffenen		Gesamt	
	n	Anteil (%)	n	Anteil (%)	n	Anteil (%)
Ja	84	69,4%	119	73,9%	203	72,0%
Nein	37	30,6%	42	26,1%	79	28,0%
Sie haben gesprochen mit ... (Mehrfachnennung möglich)						
MitschülerInnen	64	52,9%	76	44,4%	140	47,9%
FreundInnen	61	50,4%	78	45,6%	139	47,6%
Geschwister	11	9,1%	21	12,3%	32	11,0%
Eltern	51	42,1%	82	48,0%	133	45,5%
Anderen Verwandten	4	3,3%	19	11,1%	23	7,9%
Anderen Personen	6	5,0%	10	5,9%	16	5,4%

Schüler aus Veranstaltungen mit Betroffenenem sprachen etwas weniger häufig außerhalb der Veranstaltung über das Thema „psychische Erkrankungen“ (69,4% zu 73,9% bei Veranstaltungen ohne Betroffenen). Sie sprachen öfter im Kreise ihrer Mitschüler und Freunde, aber seltener in ihrer Familie (Geschwister, Eltern, andere Verwandte) über das Thema der Veranstaltung. Es gibt jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen Veranstaltungen mit einem Betroffenenem und jenen ohne Betroffenenem.

84,9% der Schüler geben an durch die Veranstaltung sehr viele (40,2%) bzw. viele (44,7%) neue Informationen bekommen zu haben. Hier gibt es einen größeren Unterschied zwischen den Veranstaltungen mit einem Betroffenenem, bei denen 91,0% der Schülerangaben sehr viele bzw. viele neue Informationen bekommen zu haben, bei Veranstaltungen ohne Betroffenenem waren dies 80,6%, also um rund 10% weniger ($p=0,06$).

Tabelle 5.5: Das von den Schülerinnen und Schülern beurteilte Ausmaß neuer Informationen durch die Veranstaltung.

„Ich habe ... neue Informationen bekommen.“	mit Betroffenenem		ohne Betroffenen		Gesamt	
	n	Anteil (%)	n	Anteil (%)	n	Anteil (%)
Sehr viele	55	45,5%	62	36,5%	117	40,2%
viele	55	45,5%	75	44,1%	130	44,7%
einige	8	6,6%	30	17,6%	38	13,1%
wenige	3	2,5%	2	1,2%	5	1,7%
keine	0	0,0%	1	0,6%	1	0,3%

In den Teambesprechungen gab es öfter die Diskussion, ob in jenen Veranstaltungen mit Betroffenenem, in denen der Anteil der Erzählungen gegenüber jenem der Fachinformationen subjektiv bei weitem überwog, nicht zu wenige Informationen und damit zu wenig Wissen vermittelt wird. Diese Ergebnisse zeigen aber, dass die Erzählungen des Betroffenen den Schülern mehr vermittelt und wahrscheinlich eher ihre Fragen beantwortet haben als Fachinformationen.

Die meisten jener Schüler, die angaben keine bzw. wenige neue Informationen bekommen zu haben, merkten an, dass sie eine von einer psychischen Erkrankung betroffene Person in der eigenen Familie haben. Da die Veranstaltung für jene Schüler gedacht war, die keine oder kaum Kontakte mit psychisch Erkrankten hatten, ist das nicht weiter verwunderlich. Diese Schüler standen auch der „Gestaltung“ der Veranstaltung eher skeptisch gegenüber, betonten aber ausgesprochen stark die Wichtigkeit der Aktion.

Weiters wurden die Schüler gefragt, ob sich ihre Einstellung gegenüber psychisch Erkrankten geändert hat. Im Durchschnitt bejahten 68,5% der Schüler diese Frage, wobei sie 71,4% in den Veranstaltungen mit einem Betroffenen bejahten, in den Veranstaltungen ohne Betroffenen rund 5% weniger. Keine der Antworten auf der fünfteiligen Skala, die von viel verständnisvoller bis viel ablehnender

geht, war auf der Seite der Ablehnung, sprich der negativen Veränderung. Auffallend ist, dass die Schüler aus den Veranstaltungen ohne Betroffenen um 5,1% häufiger angaben, dass ihre Einstellung „viel verständnisvoller“ wurde, als jene aus den Veranstaltungen mit Betroffenenem. (Tabelle 6) Allerdings gab es dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen Veranstaltung mit und ohne Beteiligung eines Betroffenen.

Tabelle 5.6: Veränderung der Einstellung zu psychisch Erkrankten nach Angaben der Schülerinnen und Schüler.

Die SchülerInnen geben an, dass sich ihre Einstellung verändert hat ...	mit Betroffenenem		ohne Betroffenen		Gesamt	
	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)
Ja	85	71,4%	113	66,5%	198	68,5%
Nein	34	28,6%	57	33,5%	91	31,5%
Die Einstellung wurde:						
viel verständnisvoller	34	40,0%	51	45,1%	85	42,9%
verständnisvoller	44	51,8%	51	45,1%	95	48,0%
neutral	7	8,2%	11	9,75	18	9,1%

Tabelle 7 beschreibt, wie aussagekräftig Beurteilungen durch Schulnoten bei Schülern sind. Teilt man die Schüler in zwei Gruppen, von denen die eine die drei Bereiche „Thema“, „Gestaltung“ und „Leiter“ mit einem Notendurchschnitt von <1,5 beurteilt hat, und die andere mit einem Notendurchschnitt von >1,5, zeigen sich bei anderen Antworten signifikante Unterschiede.

Tabelle 5.7: Zusammenhang zwischen der Beurteilung der Veranstaltung mittels Schulnoten und anderen Variablen

	Sehr gut (Durchschnitt ≤1,5)		Gut (Durchschnitt >1,5)		Gesamt		
	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)	
Mit anderen gesprachen	105	76,1%	89	67,4%	194	71,9%	n.s.
Einstellung verändert	109	78,4%	78	56,5%	187	67,5%	p=0,000
Die Veranstaltung weiterempfehlen	140	100,0%	128	92,8%	268	96,4%	p=0,001
	Mittelwert (1 positiv – 5 negativ)		Mittelwert (1 positiv – 5 negativ)		Mittelwert (1 positiv – 5 negativ)		
Wichtigkeit des Themas	1,33		1,58		1,45		p=0,001
Informationswert	1,50		2,06		1,77		p=0,000
Einstellungs- veränderung	1,53		1,82		1,65		p=0,002

Untersucht man, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beurteilung der Veranstaltungen gibt, zeigen sich kaum wesentliche Differenzen. In drei Bereichen gab es signifikante Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen. Bei der Beurteilung, wie wichtig das Thema „psychische Erkrankungen“ und diese Veranstaltungen sind, geben die Schülerinnen eine signifikant bessere Benotung der „Thematik“ und betonen auch die Wichtigkeit des Themas stärker. Außerdem haben die Schülerinnen signifikant häufiger mit anderen über das Thema der Veranstaltung gesprochen als die Schüler. Von den Schülern haben 59,4% mit anderen über das Thema gesprochen, bei den Schülerinnen waren es 17% mehr. (Tabelle 8)

Tabelle 5.8: Signifikante Unterschiede zwischen den Rückmeldungen von Schülerinnen und Schülern

	Schülerinnen		Schüler		Gesamt		
		N		N		N	
Thematik - Note (mean)	1,2	222	1,6	65	1,5	280	p=0,000
Wichtigkeit (1=sehr wichtig, mean)	1,4	224	1,8	66	1,3	281	p=0,000
Mit anderen gesprächen	76,4%	165	59,4%	38	72,5%	203	p=0,007

5.5.2 „Community Attitudes to the Mentally Ill“-Inventar

Als das Projekt 1999 entwickelt wurde, war keine Evaluation eines vergleichbaren Projektes bekannt. Um den Einfluss einer Informationskampagne auf die Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Erkrankten zu untersuchen, wurde von Geoffrey Wolff und Mitarbeitern ein sehr umfangreiches Evaluationskonzept entwickelt. (Wolff et al. 1996) Durchgeführt wurde diese Untersuchung in zwei Stadtteilen, in denen jeweils ein neues Wohnheim für psychisch Erkrankte eingerichtet werden sollte. Dabei wurde in einem Stadtteil eine Informationskampagne zu psychischen Erkrankungen durchgeführt und schließlich die Einstellungen der Bewohner der beiden Stadtteile untersucht³.

Dabei wurde unter anderem die sogenannte „CAMI-Scale“ verwendet. Mit dem „Community Attitudes to the Mentally Ill“-Inventar (Taylor & Dear 1981, Angermeyer et al. 2003) wird die Einstellung gegenüber psychisch Erkrankten erhoben. Diese Skala besteht aus vier Teilen die folgende Bereiche erfassen: Autoritarismus (authoritarianism), Wohlwollen (benevolence), soziale

³ Anmerkung: Das Ergebnis war, dass in dem Stadtteil mit der Informationskampagne keine signifikante Verbesserung des Wissens über psychisch Erkrankungen festgestellt werden konnte, sehr wohl aber eine Verbesserung der Einstellung und eine bessere Integration der Bewohner des Wohnheimes in die Gemeinschaft.

Einschränkungen (social restrictiveness) und Einstellung zu (gemeindenahen) psychiatrischen Einrichtungen (community mental health ideology).

Dieses Inventar erschien aus mehreren Gründen ideal für die Evaluation des Projektes „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“, da die Ziele des Projektes u.a. die Verringerung der Ablehnung psychisch Erkrankter, einer Verbesserung der Einstellung zu ihnen und, im Rahmen der niederösterreichischen Psychiatriereform, eine verbesserte Haltung zu gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen waren.

Da dieses Inventar aber noch nie im deutschsprachigen Raum verwendet worden war, musste es erst übersetzt und von den Autoren autorisiert werden. (vgl. Angermeyer et al. 2003)

Das CAMI-Inventar umfasst 40 5-Punkt-Likert-skalierte Items, wovon jeweils 10 Items zu einer a priori gebildeten Skala zusammengefasst wurden. Die Antwortmöglichkeiten reichen von „ich stimme völlig zu“ bis „ich stimme überhaupt nicht zu“. Innerhalb der 10 Items einer Skala sind jeweils fünf Items positiv, die fünf anderen Items negativ formuliert. Welche Items zu den einzelnen Skalen gehören, ist in Anhang D dargestellt. Sowohl die Überprüfung der internen Konsistenz, als auch der internen und externen Validität der Skalen hat zufrieden stellende Ergebnisse gezeigt. (vgl. Taylor & Dear, 1981: 229ff).

In der vorliegenden Evaluation wurde der Fragebogen mit dem CAMI-Inventar der ersten Gruppe von Schülern mindestens eine Woche vor der ersten Veranstaltung vorgelegt, der zweiten Gruppe von Schülern ca. 3 Monate nach der zweiten Veranstaltung. Der Hauptgrund dafür, dass nicht alle Schüler vor und nach der Veranstaltung befragt wurden, lag darin, dass erste Anfragen bei Lehrern ergeben hatten, dass weder die Lehrer noch die Schüler Verständnis dafür hätten den gleichen, doch sehr langen Fragebogen zwei Mal auszufüllen. Die Fragebögen wurden an die Lehrer gesandt, mit der Bitte sie den Schüler vorzulegen. Leider war auch hier der Rücklauf sehr schlecht und es kamen trotz Erinnerungen und Nachfragen bei den Lehrern nur 232 (49,4%) der rund 470 möglichen Fragebögen zurück.

Bei diesen Fragebögen ist die Verteilung zwischen Schülerinnen und Schülern noch ungleicher, als beim Feedback. Hier stammen 190 (82,3%) Antworten von Schülerinnen und nur 41 (17,7%) von Schülern (eine fehlende Angabe). Das Geschlechterverhältnis ist bei den Befragten vor der Veranstaltung und jenen nach der Veranstaltung annähernd gleich. (Tabelle 9) Da bei dieser Erhebung die Fragebögen ganzer Klassen fehlen, liegt die durchschnittliche Anzahl retournierter Fragebögen je Veranstaltung höher, nämlich bei 19,3.

Tabelle 9: Anzahl der von teilnehmenden Schülerinnen und Schüler abgegebenen Rückmeldungen zum CAMI-Inventar

	Vor der Veranstaltung		Nach der Veranstaltung		Gesamt	
	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)	N	Anteil (%)
Weiblich	86	81,9%	104	82,5%	190	82,3%
Männlich	19	18,1%	22	17,5%	41	17,7%
gesamt	105	100,0%	126	100,0%	231	100,0%
Anzahl der Veranstaltungen	7		5		12	
Rückmeldung je Veranstaltung (mean)	15,0		25,2		19,3	

Die demographischen Daten zeigen, dass rund ein Drittel der Schüler aus Orten mit weniger als 1.000 Einwohnern kommen, ein weiteres Drittel aus Orten mit zwischen 1.000 und 5.000 Einwohnern. Die an den Veranstaltungen teilgenommenen Schüler kommen also zum überwiegenden Teil aus ländlichen Gebieten. Keine der demographischen Daten hatten Einfluss auf die Werte des CAMI-Inventars bzw. die Veränderungen durch die Veranstaltungen.

Für die Auswertungen der Skalen wurden die Werte für die positiv formulierten Items umgekehrt, sodass für eine starke Ausprägung hohe Werte stehen und für eine geringe Ausprägung niedrige Werte. Die Werte für die einzelnen Bereiche können sich zwischen 1 (sehr geringe Ausprägung) und 5 (sehr starke Ausprägung) bewegen.

Zwischen der Erhebung vor der Veranstaltung und jener drei Monate nach der Veranstaltung sank der Wert zur autoritären Einstellung um 4,4% von 2,29 auf 2,19, wobei dieser Unterschied nicht signifikant ist. Ebenso gab es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Skala für autoritäre Einstellung und der Einschätzung psychisch Erkrankte seien gefährlich.

Sehr wohl signifikant ist die Abnahme des Wertes im Bereich soziale Kontrolle. Hier sank der Wert um immerhin 9,5% von 1,90 auf 1,72 ($p=0,005$). (Tabelle 10)

Tabelle 10: Werte des CAMI-Inventars vor und nach der Veranstaltung „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“ (hoher Wert (max. 5) = starke Ausprägung, niedriger Wert (min. 1) = schwache Ausprägung; N=232)

	Vor der Veranstaltung Skalen Mittelwert, n=105	Nach der Veranstaltung Skalen Mittelwert, n=127	Veränderung in Prozent (%)	Signifikanz
Autoritäre Orientierung („AUTHORITARIANISM“)	2,29	2,19	- 4,4%	n.s.
Wohllwollen („BENEVOLENCE“)	3,94	4,09	+ 3,8%	$p=0,008$
Soziale Kontrolle („SOCIAL RESTRICTIVENESS“)	1,90	1,72	- 9,5%	$p=0,005$
„Gemeindenaher Psychiatrie“ („COMMUNITY MENTAL HEALTH IDEOLOGY“)	3,80	4,07	+ 7,1%	$p=0,000$
Skalen Gesamtwert	15,56	16,25	+ 4,4%	$p=0,001$

Für den Skalen Gesamtwert wurden alle Werte zusammengefasst, wobei autoritäre Orientierung und Soziale Kontrolle so berechnet wurden, dass eine Abnahme einen höheren Wert ergibt und eine Zunahme einen geringeren Wert; niedrigster Wert (völlige Ablehnung) 4, höchster Wert (Wohllwollen) 20

Gleichzeitig ist es gelungen positive Ansichten gegenüber psychisch Erkrankten zu verstärken. So ist der Skalenwert für „Wohllwollen“ um 3,8% von 3,94 auf 4,09 ($p=0,008$) gestiegen. Besonders stark gestiegen ist auch der Wert für die Zustimmung zur gemeindenahen Psychiatrie um 7,1% von 3,8 auf 4,07 ($p=0,000$).

Im nächsten Schritt wurde ein Skalen-Gesamtwert ermittelt, der die Veränderungen in allen vier Bereichen gemeinsam erfasst. Dabei sind Werte zwischen 4 (völlig ablehnende Haltung) und 20 (völliges Wohlwollen) möglich. Dieser Skalen-Gesamtwert stieg signifikant um 4,4% von 15,56 auf 16,25 ($p=0,001$)

5.5.3 Vergleich zu drei Zeitpunkten

Alle verteilten Fragebögen enthielten auf der ersten Seite die gleichen, offen gestellten Fragen. Damit können die Veränderungen des Antwortverhaltens von vor der Veranstaltung über unmittelbar nach der Veranstaltung bis zu der Nacherhebung drei Monate nach der Veranstaltung verfolgt werden. Die drei Fragen, auf die das zutrifft, beschäftigen sich mit der (vermeintlichen) Gefährlichkeit psychisch Erkrankter, mit verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und damit, was psychisch Erkrankten am meisten hilft.

Die Antworten auf die offen gestellten Fragen waren sehr vielfältig und reichten von einem Wort bis zu (sehr klein geschriebenen) Statements von mehr als fünf Zeilen. Die Kodierung erfolgte durch induktive Kategorienbildung.

Das wohl wichtigste Thema ist die Frage nach der Gefährlichkeit psychisch Erkrankter. Beantworteten vor der Veranstaltung (Zeitpunkt 1, T1) noch 6,5% die Frage, ob psychisch Erkrankte für andere gefährlich seien, mit „Ja“, waren es unmittelbar nach der Veranstaltung (Zeitpunkt 2, T2) nur mehr 1,4%.

Drei Monate nach der Veranstaltung (Zeitpunkt 3, T3) war dieser Wert wieder auf 4,1% gestiegen. Andererseits antworteten zum Zeitpunkt 1 bereits 18,5% mit „Nein“, zum Zeitpunkt 2 stieg der Anteil der Nein-Antworten auf 50,5%. Bis zum Zeitpunkt 3 sank der Anteil zwar auf 27,0%, lag damit aber immer noch 8,5% über dem Ausgangswert. (Tabelle 11)

Tabelle 11: Veränderungen der Antworten auf die Frage nach der Gefährlichkeit psychisch Erkrankter zwischen drei Zeitpunkten – vor, unmittelbar nach und drei Monate nach der Veranstaltung

Sind psychisch Erkrankte für andere gefährlich?	Vor der Veranstaltung		unmittelbar nach der Veranstaltung		drei Monate nach der Veranstaltung	
	n	%	n	%	n	%
nein	17	18,5%	145	50,5%	33	27,0%
wie gesunde Menschen	4	4,3%	82	28,6%	26	21,3%
verschieden, nicht alle	35	38,0%	65	22,6%	45	36,9%
es kommt auf die Krankheit an	29	31,5%	35	12,2%	30	24,6%
man könnte es glauben; Fehlinformationen Medien	0	0,0%	19	6,6%	4	3,3%
im Rausch, Anfall gefährlich	5	5,4%	9	3,1%	5	4,1%
Sie wissen nicht was sie tun; unberechenbar	7	7,6%	9	3,1%	12	9,8%
ja	6	6,5%	4	1,4%	5	4,1%
Gesamt	92	112,0%	287	128,2%	122	131,1%

Erfreulich ist, dass den Schülern die Tatsache näher gebracht werden konnte, dass psychisch Erkrankte kaum ein höheres Risiko für Gewaltdelikte haben, als psychisch „Gesunde“. Antworteten zum Zeitpunkt 1 nur 4,3% in diese Richtung, waren es zum Zeitpunkt 2 schon 28,6%. Die Überzeugung, dass psychisch Erkrankte nicht gefährlicher als psychisch „Gesunde“ sind, hielt auch bis zum dritten Zeitpunkt an, zu dem noch immerhin 21,3% diese Antwort gaben.

Bei den Antworten auf die Frage, welche Ursachen zur Entstehung einer psychischen Erkrankung beitragen können, zeigt sich, dass in den

Veranstaltungen den Schülern neue Ansätze näher gebracht werden konnten, gleichzeitig die alten Ansätze aber bestehen blieben.

Das Modell, welches derzeit state of the art in der Psychiatrie ist, und sowohl biologische, als auch psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt (kurz: ein bio-psycho-sozio Modell) wurde von rund 12% der Schüler aufgegriffen und beibehalten (T1: 5,4%; T2: 11,7%; T3: 12,2%). Ebenso wurde auch die erhöhte Verletzbarkeit, entsprechend dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell, von rund 6% angenommen und beibehalten.

Tabelle 12: Veränderungen der Antworten auf die Frage nach den möglichen Ursachen psychischer Erkrankungen zwischen drei Zeitpunkten – vor, unmittelbar nach und drei Monate nach der Veranstaltung

Welche Ursachen könnten zur Entstehung psychischer Erkrankungen beitragen?	Vor der Veranstaltung		unmittelbar nach der Veranstaltung		drei Monate nach der Veranstaltung	
	n	%	n	%	n	%
Bio-psycho-sozio Modell	5	5,4%	33	11,7%	15	12,2%
Schicksalschlag, Life event	47	51,1%	141	49,8%	75	61,0%
Vererbung, Genetik	14	15,2%	21	7,4%	17	13,8%
Erhöhte Verletzbarkeit	1	1,1%	17	6,0%	7	5,7%
Soziale Gründe, soziales Umfeld	14	15,2%	85	30,0%	31	25,2%
Erlebnisse in der Kindheit, Jugend, Familie	52	56,5%	85	30,0%	43	35,0%
Verschieden, individuell	1	1,1%	15	5,3%	0	0,0%
Stress	15	16,3%	48	17,0%	14	11,4%
Einsamkeit	5	5,4%	8	2,8%	5	4,1%
	92	167,4%	283	160,1%	123	168,3%

Weiters konnte den Schülern vermittelt werden, dass auch soziale Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben (T1: 15,2%; T2: 30,0%; T3: 25,2%). (Tabelle 12)

Bei diesen Auswertungen ist zu beachten, dass Mehrfachnennungen möglich waren und so die Summe der Nennungen mehr als 100% ausmachen.

Die Vorstellung, dass psychische Erkrankungen vererbt bzw. genetisch bedingt sind, hatte vor der Veranstaltung einen Anteil von 15,2%. Dieser sank durch die Erklärungen in der Präsentation auf 7,4%, um nach drei Monaten wieder fast auf den Ausgangswert zurück zu steigen (T3: 13,8%). Allgemein lässt sich sagen, dass durch die Veranstaltung vermittelt werden konnte, dass es nicht eine Ursache für eine psychische Erkrankung gibt, sondern mehrere Faktoren zusammenspielen müssen.

Bei der Frage nach möglichen Behandlungsformen bei psychischen Erkrankungen gibt es einige überraschende Ergebnisse.

Ohne die Bedeutung der pharmakologischen Therapie in den Vordergrund zu stellen, stieg der Anteil der Nennungen von 25,9% vor der Veranstaltung auf 44,2% nach der Veranstaltung und blieb mit 38,8% auf einem relativ hohen Wert. Ein Grund dafür könnte sein, dass durch die Erklärungen zu verschiedenen Psychopharmaka erst auf diese aufmerksam gemacht wurde, denn es verlor weder die Psychotherapie, noch die Soziotherapie an Bedeutung. So stieg etwa der Anteil der Nennungen der Psychotherapie auf 58,7% und der Soziotherapie auf 13,2%. (Tabelle 13)

Auffallend ist auch das starke Absinken der Nennungen von Psychiater bzw. Psychiatrie von 37,6% vor der Veranstaltung auf 26,1% nach der Veranstaltung und weiter auf 13,2% drei Monate später. Eine Erklärung könnte sein, dass die Schüler nach der Veranstaltung ein breiteres Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten kennen (vgl. den Anstieg der Nennungen bei Medikamenten und Psychotherapie)

Tabelle 13: Veränderungen der Antworten auf die Frage nach Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen zwischen drei Zeitpunkten – vor, unmittelbar nach und drei Monate nach der Veranstaltung

Welche Behandlungsmöglichkeiten bei psychischen Erkrankungen kennen Sie?	vor der Veranstaltung		unmittelbar nach der Veranstaltung		drei Monate nach der Veranstaltung	
	n	%	n	%	n	%
Bio-psycho-sozio Ansatz	8	9,4%	44	15,5%	19	15,7%
Medikamente	22	25,9%	125	44,2%	47	38,8%
Psychotherapie	40	47,1%	152	53,7%	71	58,7%
Gespräche	18	21,2%	34	12,0%	14	11,6%
Soziotherapie	7	8,2%	17	6,0%	16	13,2%
Freunde (kümmern, reden)	3	3,5%	15	5,3%	9	7,4%
Psychiater / Psychiatrie	32	37,6%	74	26,1%	16	13,2%
Psychologe	11	12,9%	11	3,9%	11	9,1%
Gesamt	85	170,6%	283	169,3%	121	169,4%

5.6 Diskussion

Ein negativer Aspekt war die geringe Rücklaufquote ausgefüllter Fragebögen beim Feedback von nur 62%. Dies lässt sich zum Teil darauf zurückführen, dass zu Beginn der Aktion versucht wurde die Fragebögen in den Klassen zu lassen und sie dann von den Lehrern nachgeschickt werden sollten, was aber leider nicht funktionierte. Die Alternative die Fragebögen gleich nach der Veranstaltung ausfüllen zu lassen, brachte nicht den gewünschten Erfolg. Die meisten Schüler hatten nach der Veranstaltung andere Interessen (weiter diskutieren, Fragen stellen, in die Pause gehen usw.). Zukünftig erscheint es sinnvoll mit dem Lehrer bzw. Klassensprecher eine fixe Abmachung zu treffen, wonach das Ausfüllen der

Fragebögen vor einer Nachbesprechung zur Veranstaltung veranlasst werden soll.

Eine Befragung der österreichischen Bevölkerung ergab, dass sich nur 14% der Bevölkerung mehr Informationen zu Schizophrenie wünschen. (vgl. Grausgruber et al 2002) Dies schienen nicht die besten Voraussetzungen zur Durchführung einer entsprechenden Informationsveranstaltung zu sein. Im Gegenteil dazu haben 93,5% der Schüler diese Informationsveranstaltungen als sehr wichtig bzw. wichtig bezeichnet, 84,9% geben an sehr viele bzw. viele neue Informationen bekommen zu haben und 96,5% empfehlen die Veranstaltung auch anderen Schülern. Dies macht deutlich, dass den Schülern nicht etwas aufgezwungen wurde, das sie nicht interessiert, sondern, dass bei den Schülern eine große Bereitschaft vorhanden ist sich mit dem Thema „psychische Erkrankungen“ auseinanderzusetzen und dass Informationen nur angeboten und richtig aufbereitet werden müssen.

Weiters konnte Verständnis für die Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen geweckt werden. Immerhin 62,3% (rund 2/3) aller Schüler gaben an, dass sie viel verständnisvoller bzw. verständnisvoller psychisch Erkrankten gegenüber wurden. Dazu gibt es aber zwei Anmerkungen: Zum einen haben viele Schüler mündlich oder am Fragebogen angemerkt, dass ihre Einstellung nicht besser werden konnte, da sie bereits sehr verständnisvoll war, weswegen sie in diesem Wert nicht berücksichtigt werden. Andererseits spiegelt sich die Behauptung verständnisvoll zu sein nicht 1:1 in den Handlungen und den Gefühlen wider.

Die Ergebnisse der Auswertung des CAMI-Inventars sind deshalb von Bedeutung, da in dieser Untersuchung die Auswirkungen einer Informationsveranstaltung mit einem zeitlichen Abstand von drei Monaten erfasst wurden. Signifikante Veränderungen nach einem so langen Zeitraum lassen doch auf einen bleibenden Eindruck bei den Schülern schließen. Auffallend groß sind die Veränderungen bei der Abnahme der sozialen Kontrolle (-9,5%) und der Zunahme der positiven Haltung zur gemeindenahen Psychiatrie (+7,1%).

Mit den Ergebnissen aus dem CAMI-Inventar kann man eindeutig sagen, dass mit der Aktion „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“ die Haltung der Schüler gegenüber psychisch Erkrankten und sozialpsychiatrischen Einrichtungen

nachhaltig verbessert werden konnte. Auch wenn die Antworten in einem Fragebogen nicht direkt auf Handlungen im täglichen Leben schließen lassen, so lässt sich aber doch ein gewisses Bewusstsein für die Probleme psychisch Erkrankter erkennen.

Leider kamen von den Schülern auch einige negative Rückmeldungen zum CAMI-Inventar. Sie fanden die gestellten Fragen nicht gut („blöd“), kritisierten thematische Wiederholungen und den Fragebogen als viel zu lang. Auch existieren keine publizierten, vergleichbaren Ergebnisse des CAMI-Inventars, um die Auswirkungen der Aktion „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“ mit anderen Aktionen vergleichen zu können.

Beim Vergleich der Ergebnisse über drei Zeitpunkte zeigen sich zwischen dem ersten und zweiten Zeitpunkt (vor bzw. unmittelbar nach der Veranstaltung) zwar in vielen Bereichen deutliche Verbesserungen, die aber bis zum dritten Zeitpunkt wieder abnehmen. Die meisten Werte nähern sich wieder dem Ausgangswert an. Ausnahme ist u.a. das Modell, welches derzeit state of the art in der Psychiatrie ist, und sowohl biologische, als auch psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt (kurz: bio-psycho-sozio Modell) sowie zur Erklärung für Ursache und Therapieformen verwendet wurde (T1: 9,4%; T2: 15,5%; T3: 15,7%). Eine weitere Ausnahme ist der Anstieg der Bedeutung der Medikamente in der Therapie (T1: 25,9%; T2: 44,2%; T3: 38,8%). Sehr deutlich ist die Verbesserung bei der Frage nach der Gefährlichkeit, wobei die ausgesprochen guten Werte unmittelbar nach der Veranstaltung zwar bis zum dritten Zeitpunkt wieder gesunken sind, aber auch da noch deutlich über dem Ausgangswerten liegen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dieses Informationsangebot von den Schülern sehr gerne angenommen und weiterempfohlen wurde. Die Schüler haben subjektiv eine positivere Einstellung gegenüber psychisch Erkrankten angegeben, was sich auch in der Auswertung des CAMI-Inventars widerspiegelt. Vor allem bei dem so zentralen Aspekt der angenommenen „Gefährlichkeit“ psychisch erkrankter Menschen konnten auch drei Monate nach der Intervention noch deutliche Verbesserungen festgestellt werden, was für die Nachhaltigkeit solcher Projekte spricht.

Zusammenfassung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass in den Industrieländern 20% aller Erkrankungen psychiatrische Störungen sind und dass dieser Anteil weiter stark steigen wird. Psychische Erkrankungen gehen meist mit einer großen Bandbreite an Beeinträchtigungen und Einschränkungen einher. Nicht nur die Krankheitssymptome, sondern auch eine Stigmatisierung und Diskriminierung sowie ein erschwerter Zugang zu Beruf, Partnerschaft, Wohnung, Freizeitaktivitäten und sozialen Netzen beeinträchtigen die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig. (Weltgesundheitsorganisation, 2001) So sind in Europa für rund 45% aller „years lived with disability“ psychische Erkrankungen verantwortlich, im Besonderen Schizophrenie, affektive Erkrankungen und Alkoholabhängigkeit. (vgl. Schwappach 2007: 20)

Die Stigmaforschung hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen und es wurden neue Konzepte zur Erfassung dieses Phänomens entwickelt. Im Stigmakonzept nach Bruce Link und Jo Phelan, das auf Arbeiten von Erving Goffman, Thomas Scheff und anderen aufbaut, besteht Stigmatisierung in der Wahrnehmung und Etikettierung von Unterschieden, deren Verknüpfung mit negativen Attributen und in einer Ausgrenzung durch eine Unterscheidung zwischen „wir“ und „die“ in Verbindung mit Statusverlust und Diskriminierung. Die Stigmatisierung wird dann schlagend, wenn es ein Machtgefälle zwischen Stigmatisierenden und Stigmatisierten gibt.

Menschen mit psychischen Erkrankungen erfahren aufgrund der Verknüpfung des Etiketts „psychisch krank“ mit einer Vielzahl von negativen Eigenschaften in den verschiedensten Lebensbereichen Diskriminierung, v.a. in interpersonellen Interaktionen, durch das Bild psychisch Erkrankter in der Öffentlichkeit, durch die Limitierung des Zugangs zu bestimmten sozialen Rollen und durch strukturelle Benachteiligungen.

Die Einschränkung der Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen durch Stigmatisierung ist dermaßen ausgeprägt, dass man von einer „zweiten Erkrankung“ sprechen kann. (vgl. Finzen 2000). Mit zahlreichen Projekten wird versucht der Stigmatisierung und ihren Auswirkungen entgegenzuwirken, indem

man gezielt an bestimmten Punkten des Stigmaprozesses ansetzt, um ihn zu durchbrechen.

Exemplarisch wurde ein Informationsprojekt für Schülerinnen und Schüler der 11. und 12. Schulstufe vorgestellt, bei dem auch selbst von einer psychischen Erkrankung betroffene Personen mitgearbeitet haben. Bei der Evaluation zu diesem Projekt wurde deutlich, dass nachhaltig ein Abbau der sozialen Distanz und der Annahme Menschen mit psychischen Erkrankungen seien gefährlich, erreicht werden konnte. Zahlreiche Projekte zum Abbau der Stigmatisierung psychisch Erkrankter, aber auch der Selbststigmatisierung der Betroffenen, sind noch nötig, um die Auswirkungen dieser „zweiten Erkrankung“ einzudämmen.

Edwin Ladinser
Dolichenusstraße 20
3362 Mauer bei Amstetten

CURRICULUM VITAE

4.4.1968 in Klagenfurt, Kärnten geboren

1974-1978 Volksschule in Klagenfurt

1978-1982 Bundesrealgymnasium Lerchenfeldstraße, Klagenfurt

1982- 1988 Höhere technische Lehranstalt – Maschinenbau; Matura, Klagenfurt

1988-1990 Studium Rechtswissenschaften und Betriebswirtschaftslehre
(abgebrochen), Universität Graz

1990-1992 Erster Abschnitt des Studiums Soziologie und Fächerkombination,
Universität Graz

1993- 2008 zweiter Abschnitt Soziologie und Fächerkombination, Universität
Wien

1996 / 1997 Zivildienst im AKH-Wien, Abt. f. Infektionskrankheiten und
Chemotherapie

seit Anfang 1998 ehrenamtliche Mitarbeit bei HPE-Österreich in verschiedenen
Bereichen (u.a. Planung der Anti-Stigma-Kampagne an
niederösterreichischen Schulen, Moderatorenschulung,
Interessenvertretung)

1998 bis 2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universitätsklinik für
Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung bei Prof.Katschnig
bzw. Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie

1998 bis 2000 Tutor am Institut für Soziologie (Medizin- und
Gesundheitssoziologie) der Universität Wien

seit 1999 Mitarbeiter bei HPE-Österreich

2000 bis 2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der Begleitforschung zum
Projekt "Psycho-soziale Handlungskompetenz und
Lebensqualität" des Vereines EXIT-sozial in der Region
Eferding. Projektleitung: Univ. Prof. Dr. Rudolf Forster

Literaturverzeichnis

- Angermeyer, M. C.; Schulze, B., 2001: Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence on public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2001, vol. 24, 1–19.
- Angermeyer, M. C.; Schulze, B., 2002: Interventionen zur Reduzierung des Stigmas der Schizophrenie: Konzeptuelle Überlegungen. *Neuropsychiatrie*, 2002, Band 16, 1 und 2, 39-45.
- Angermeyer, M.C.; Heisz, S.; Kirschenhofer, S.; Ladinsler, E.; Löffler, W.; Schulze, B.; Swiridoff, M., 2003: Die deutsche Version des Community-Attitudes-toward-the-Mentally- Ill (CAMI)-Inventars. *Psychiatrische Praxis*, 2003, Jg. 30; 202-206.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., 2003: The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, no. 108, 304–309.
- Angermeyer, M.C.; Matschinger, H., 2005: Labeling-stereotype-discrimination. An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2005, vol. 40, no. 5, 391-395.
- Angermeyer, M. C.; Dietrich, S., 2006: Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 2006, no. 113, 163-179.
- Berger, Mathias; Calkers, Dietrich van, 2004: Affektive Störungen. In: Berger, Mathias (Hg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. München: Elsevier, 541-636.
- Bock, T.; Naber, D., 2003: Anti-stigma campaign from below at schools-experience of the initiative "Irre menschlich Hamburg e.V." *Psychiatrische Praxis*, 2003, vol. 30, 402-408.
- Corrigan, P.; River, L. P.; Lundin, R. K.; Penn, D. L.; Uphoff- Wasowski, K.; Campion, J., 2001: Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2001, vol. 27, 187–195.
- Corrigan, Patrick W.; Kleinlein, Petra, 2005: The impact of mental illness stigma. In: Corrigan, Patrick W. (Hg.), *On the Stigma of Mental Illness. Practical Strategies for Research and Social Change*. Washington: American Psychological Association.
- Crocker, J.; Major, B.; Steele, C., 1998: Social stigma. In: Lindzey, Gardner; Fiske, Susan T. (Hg.): *The Handbook of Social Psychology*. 2-Volume Set. Vol. 2. Boston: McGraw Hill, 504-553.
- Domingo, A.; Baer, N., 2003: Stigmatisierende Konzepte in der beruflichen Rehabilitation. *Psychiatrische Praxis*, 2003, Jg. 30, 355–357.

- Dörner, Klaus; Plog, Ursula, 1996 (1978): *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie*. 1. Ausgabe der Neuausgabe, Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Dreher, Michael; Dreher Eva, 1991: Gruppendifkussionsverfahren. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Keupp, Heiner; Rosenstiel, Lutz von; Wolff, Stefan, 2001: *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München: Psychologie Verlags Union.
- Finzen, Asmus, 2000: *Psychose und Stigma. Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Gaebel, W.; Zäske, H.; Baumann, A. E., 2006: The relationship between mental illness severity and stigma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006, no. 113, 41–45.
- Gaebel, W.; Zäske, H.; Baumann, A.E.; Klosterkötter, J.; Maier, W.; Decker, P.; Möller, H.J., 2008: Evaluation of the German WPA "program against stigma and discrimination because of schizophrenia-Open the Doors": results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. *Schizophrenia Research*, 2008, no. 98, 184-193.
- Goffman, Erving, 1975 (1967): *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gove, Walter, 1970: Societal Reaction as an Explanation of mental illness: An Evaluation. *American Sociological Review*, 1970, vol. 35, 873-884.
- Gove, Walter, 1982: The current status of the labelling theory of mental illness. In: Gove, Walter (ed.): *Deviance and Mental Illness*. Beverly Hill: Sage, 273-300.
- Grausgruber, Alfred; Katschnig, Heinz; Meise, Ullrich; Schöny, Werner, 2002: Einstellungen der österreichischen Bevölkerung zu Schizophrenie. *Neuropsychiatrie*, 2002, Band 16, Nr. 1 und 2, 54-67.
- Grausgruber, Alfred (2005): Stigma und Diskriminierung psychisch Kranker. Formen und Entstehungsmodelle. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hg.): *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 18-39.
- Grausgruber, A.; Meise, U.; Katschnig, H.; Schöny, W.; Fleischhacker, W.W., 2007: Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: a comparison between the general public, relatives and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007, vol. 115, no. 4, 310-319.
- Grausgruber, A; Grausgruber-Berner, R; Koren, G; Schöny, W, 2008: Replikationsstudie Stigma Erhebung 2. Präsentation im Rahmen des Beirates für psychische Gesundheit im Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Jänner 2008.

- Gutierrez-Lobos, Karin, 2002: Rechtliche Benachteiligung psychisch Kranker in Österreich. *Neuropsychiatrie*, 2002, Band 16, Nr. 1 und 2, 22-26.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hg.) 2008: Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherungsträger 2008. Horn: Ferdinand Berger GmbH.
- Heijnders, M.; Van Der Meij, S., 2006: The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 2006, vol. 11, no. 3, 353-363.
- Holzinger, A.; Beck, M.; Munk, I.; Weithaas, S.; Angermeyer, M., 2003: Stigma as perceived by schizophrenics and depressives. *Psychiatrische Praxis*, 2003, vol. 30, 395–401.
- Hohmeier, Jürgen, 1975: Stigmatisierung als sozialer Definitionsprozeß. In: Brusten, Manfred; Hohmeier, Jürgen (Hg.): *Stigmatisierung 1. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen*. Darmstadt: Luchterhand, 5-24. <http://bidok.uibk.ac.at/library/hohmeier-stigmatisierung.html>, 14.06.2008.
- Katschnig, Heinz; Ladinser, Edwin; Scherer, Michael; Sonneck, Gernot; Wancata, Johannes, 2001: Österreichischer Psychiatriebericht 2001. Teil 1: Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen.
- Katschnig, Heinz; Denk, Peter; Scherer, Michael, 2004: Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Kessler, Ronald C.; Zhao, Shanyang, 1999: Overview of descriptive epidemiology of mental disorders. In: Aneshensel, Carol S.; Phelan, Jo C. (Hg.): *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Springer.
- Lauber, C., 2008: Stigma and discrimination against people with mental illness: a critical appraisal. *Epidemiological Psychiatric Sociology*, 2008, vol. 17, 10-13.
- Lauber, C.; Nordt, C.; Braunschweig, C.; Rossler, W, 2006: Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006, no. 113, 51–59.
- Lauber, C.; Nordt, C.; Rossler, W, 2006: Attitudes and mental illness: Consumers and the general public are on one side of the medal, mental health professionals on the other. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2006, no. 114, 145–146.
- Lenz, Gerhard; Küfferle, Bernd, 1998: *Klinische Psychiatrie. Grundlagen, Krankheitslehre und spezifische Therapiestrategien*. Wien: Facultas.

- Link, Bruce G.; Cullen, Francis T.; Struening, Elmer; Shrout, Patrick E.; Dohrenwend, Bruce P., 1989: A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review*, 1989, vol. 54, 400-423.
- Link, Bruce G.; Phelan, Jo C., 1999: Labeling and Stigma. In: Aneshensel, Carol S.; Phelan, Jo C. (Hg.): *Handbook of the Sociology of Mental Health*. New York: Springer.
- Link, B. G.; Phelan, J. C.; Bresnahan, M.; Stueve, A.; Pescosolido, B. A., 1999: Public conceptions of mental illness. Labels, causes, dangerousness and social distance. *American Journal of Public Health*, 1999, no. 89, 1328–1333.
- Link, B.G.; Phelan, J. C., 2001: Conceptualising Stigma. *Annual Review of Sociology*, 2001, vol. 27, 363–385.
- Link, B.G.; Phelan, J.C, 2006: Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 2006, no. 367, 528–529.
- Mann, Karl; Gann, Horst; Günther, Arthur, 2004: Suchterkrankungen. In: Berger, Mathias (Hg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. München: Elsevier, 389-452.
- Markowitz, Fred E., 2005: Sociological models of mental illness stigma: progress and prospects. In: Corrigan, Patrick W. (Hg.), *On the Stigma of Mental Illness. Practical Strategies for Research and Social Change*. 2. Printing, Washington: American Psychological Association.
- Nordt, Carlos; Rössler, Wulf; Lauber, Christoph, 2006: Attitudes of Mental Health Professionals With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin* 2006, vol. 32, no. 4, 709-714.
- Olbrich, Hans Michael; Leucht, Stefan; Fritze, Jürgen; Lanczik, Mario Horst; Vauth, Roland, 2004: Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In: Berger, Mathias (Hg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. München: Elsevier, 453-540.
- Pinfold, V.; Toulmin, H.; Thornicroft, G.; Huxley, P.; Farmer, P.; Graham, T., 2003: Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 2003, no. 182 342-346.
- Rose, D.; Thornicroft, G.; Pinfold, V.; Kassam, A., 2007: 250 labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Services Research*, 2007, vol. 28, no. 7, 97.
- Rüsch, N.; Angermeyer, M.C.; Corrigan, P.W., 2005: The stigma of mental illness: concepts, forms, and consequences. *Psychiatrische Praxis*, 2005, vol. 32, no. 5, 221-232.

- Rüsch, N.; Angermeyer, M.C.; Corrigan, P.W., 2005: Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 2005, vol. 20, no. 8, 529-539.
- Sartorius, N.; Schulze, H., 2005: Reducing the stigma of mental illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Scheff, T. J., 1966: *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: de Gruyter.
- Schulze, Beate; Angermeyer, Matthias C., 2002: Perspektivenwechsel: Stigma aus Sicht schizophrener Erkrankter, ihrer Angehörigen und von Mitarbeitern in der psychiatrischen Versorgung. *Neuropsychiatrie*, 2002, Band 16, Nr. 1 und 2, 78-86.
- Schulze, B.; Angermeyer, M.C., 2003: Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 2003, no. 56, 299–312.
- Schulze, B.; Richter-Werling, M.; Matschinger, H.; Angermeyer, M. C., 2003: Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, 107, 142–150.
- Schulze, Beate, 2005: Stigmatisierungserfahrungen von Betroffenen und Angehörigen: Ergebnisse von Fokusgruppeninterviews. In: Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen; Rössler, Wulf (Hg.): *Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker*. Stuttgart: Kohlhammer, 122-144.
- Schulze, Beate, 2007: Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 2007, vol. 19, no. 2, 137-155.
- Schwappach, David L. B., 2007: Die ökonomische Bedeutung psychischer Erkrankungen und ihre Versorgung – ein blinder Fleck?. *Neuropsychiatrie*, 2002, Band 21, Nr. 1, 18-28.
- Stadt Wien (Hg.) 2006: *Wiener Psychiatriebericht 2004*. Autorinnen: Gutierrez-Lobos, K.; Trappl, E.. Wien: Magistrat der Stadt Wien.
- Sulzenbacher, Hubert; Schmid, Rosi; Kemmler, Georg; De Col, Christine; Meise, Ullrich, 2002: Schizophrenie ... „bedeutet für mich gespaltene Persönlichkeit“. Ein Programm gegen Stigmatisierung von Schizophrenie in Schulen. *Neuropsychiatrie*, 2002, Bd. 16, Nr. 1 und 2, 93-98.
- Taylor, Martin; Dear, Michael, 1981: Scaling Community Attitudes Toward the Mentally Ill. *Schizophrenia Bulletin*, 1981, vol. 7, no. 1, 225-240.

- Thornicroft, G., 2008: Stigma and discrimination limit access to mental health care. *Epidemiological Psychiatry Sociology*, 2008, vol. 17, no. 1, 14-19.
- Thornicroft, G.; Brohan, E.; Kassam, A.; Lewis-Holmes, E., 2008: Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*, 2008, vol. 13, no. 2, 3-4.
- Thornicroft, G.; Rose, D.; Kassam, A.; Sartorius, N., 2007: Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British Journal Psychiatry*, 2007, no. 190, 192-193.
- Van Brakel, W.H., 2006: Measuring health-related stigma--a literature review. *Psychology, Health & Medicine*, 2006, vol. 11, no. 3, 307-334.
- Watson, A.C.; Corrigan, P.; Larson, J.E.; Sells, M., 2007: Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2007, vol. 33, no. 6, 1312-1318.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank, 2005: Size and burden of mental disorders in Europe. A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 2005, no. 15, 357-376.
- Wolff, Geoffrey; Pathare, Soumitra; Craig, Tom; Leff, Julian, 1996: Community Attitudes to mentally Illness. *British Journal of Psychiatry*, 1996, no. 168, 183-190.
- Wolff, Geoffrey; Pathare, Soumitra; Craig, Tom; Leff, Julian, 1996: Public Education for Community Care. A New Approach. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 168, 441-447.
- World Health Organisation, 1991: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kap. V, Hrsg.: Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. Bern: Verlag Huber.
- World Health Organisation, 2001: The world health report: 2001: Mental Health: new understanding, new hope.
http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf, 25.06.2008.
- World Psychiatric Association, 2003: Fighting Stigma and discrimination because of schizophrenia. Training Manual Version II. New York: World Psychiatric Association.
- Wynaden, D., 2007: The experience of caring for a person with a mental illness: a grounded theory study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2007, Vol. 16, no. 6, 381-389.
- Zogg, H.; Lauber, C.; Ajdacic-Gross, V.; Rossler, W., 2003: Expert's and Lay Attitudes Towards Restrictions on Mentally Ill People. *Psychiatrische Praxis*, 2003, Heft 7, 379-383.

Anhang A

Seminar

„Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“

An die / den Erziehungsberechtigten

In der Schule Ihres Kindes wird ein Seminar angeboten, in dem die Möglichkeit besteht, sich mit Vorurteilen im Bereich „psychische Krankheiten“ auseinanderzusetzen. Dieses Seminar findet im Rahmen des Unterrichtes statt.

Die Schulklasse Ihres Kindes hat sich für dieses Angebot angemeldet und wir ersuchen Sie hiermit um die Zustimmung für die Teilnahme Ihres Kindes.

Um die Qualität des Seminars überprüfen und ggf. verbessern zu können ersuchen wir die Schülerinnen und Schüler auf völlig freiwilliger Basis einen anonymen Fragebogen auszufüllen. Wir ersuchen Sie, auch hierfür Ihre Zustimmung zu geben.

Name der Schülerin / des Schülers:

.....

Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten:

.....

Anhang B Fragebogen

Wie kann es sich äußern, wenn ein Mensch an einer psychischen Erkrankung leidet?

Sind Menschen mit einer psychischen Erkrankung für andere gefährlich? Warum?

Welche Ursachen könnten Ihrer Meinung nach zur Entstehung einer psychischen Erkrankung beitragen?

Welche Behandlungsmöglichkeiten für psychische Krankheiten kennen Sie?

Was würde Menschen mit einer psychischen Erkrankung Ihrer Meinung nach am meisten helfen?

Kennen Sie persönlich eine Person, die eine psychische Krankheit hat / hatte? Wenn ja, inwiefern?

Ist Ihnen das Thema „Psychische Krankheiten“ bzw. psychisch Erkrankte in den Medien aufgefallen? Führen Sie bitte einige Beispiele an.

Zum Seminar:

Bitte vergeben Sie Schulnoten für:

	Note
Die Thematik dieses Seminars	
Die Gestaltung des Seminars	
Die LeiterInnen des Seminars	

Wie wichtig haben Sie es gefunden, dass über das Thema psychische Krankheiten gesprochen wurde?

Es war sehr wichtig überflüssig über dieses Thema zu sprechen.

Haben Sie auch schon im Anschluss an dieses Seminar mit anderen Personen über das Thema psychische Krankheiten gesprochen?

JA

NEIN

Wenn ja, mit wem?

Mitschülern

Freunden

Geschwister

Eltern

Anderen Verwandten

Nachbarn

Anderen:

Wie informativ war dieses Seminar für Sie?

Ich habe sehr viele keine neuen Informationen bekommen.

Hat sich Ihrer Meinung nach Ihre Einstellung gegenüber psychisch Erkrankten verändert?

JA NEIN

Wenn ja: Meine Einstellung wurde

viel verständnisvoller viel ablehnender

Würden Sie die Teilnahme an einem Seminar "Gegen den Unsinn beim Wahnsinn" auch anderen Personen empfehlen?

JA NEIN

Zur Person:

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: __ __ Jahre

Familiensituation:

- Ich lebe mit beiden Eltern und (ggf.) meinen Geschwistern in einem Haushalt.
- Ich lebe mit einem Elternteil (Mutter; Vater) und (ggf.) meinen Geschwistern in einem Haushalt.
- Ich lebe bei anderen Verwandten.
- Anderes:

Religionsbekenntnis: röm.katholisch

- Protestantisch
- Andere christliche Religion
- Jüdisch
- Mohamedanisch
- Anderes:
- Ohne Bekenntnis

Wie viele EinwohnerInnen hat die Gemeinde , in der Sie leben:

- bis 1000 Einwohner
- zwischen 1000 und 5000 Einwohner
- zwischen 5000 und 10.000 Einwohner
- zwischen 10.000 und 50.000 Einwohner
- mehr als 50.000 Einwohner

Höchste abgeschlossene Ausbildung der Eltern:

Mutter	Vater
<input type="radio"/> Pflichtschule	<input type="radio"/> Pflichtschule
<input type="radio"/> Lehre	<input type="radio"/> Lehre
<input type="radio"/> Fachschule	<input type="radio"/> Fachschule
<input type="radio"/> Matura	<input type="radio"/> Matura
<input type="radio"/> Hochschule	<input type="radio"/> Hochschule

Beruf der Eltern:

Mutter	Vater
<input type="radio"/> Angelernte Arbeiterin	<input type="radio"/> Angelernter Arbeiter
<input type="radio"/> Facharbeiterin	<input type="radio"/> Facharbeiter
<input type="radio"/> Angestellte	<input type="radio"/> Angestellter
<input type="radio"/> Leitende Angestellte	<input type="radio"/> Leitender Angestellter
<input type="radio"/> Selbständig Gewerbetreibende, Landwirtin	<input type="radio"/> Selbständig Gewerbetreibender, Landwirt
<input type="radio"/> Freiberuflich Tätig	<input type="radio"/> Freiberuflich Tätig
<input type="radio"/> Pensionistin	<input type="radio"/> Pensionist

Anhang C

Fragebogen

Im Rahmen der Aktion „Gegen den Unsinn beim Wahnsinn“

Wie kann es sich äußern, wenn ein Mensch an einer psychischen Erkrankung leidet?

Sind Menschen mit einer psychischen Erkrankung für andere gefährlich? Warum?

Welche Ursachen könnten Ihrer Meinung nach zur Entstehung einer psychischen Erkrankung beitragen?

Welche Behandlungsmöglichkeiten für psychische Erkrankungen kennen Sie?

Was würde Menschen mit einer psychischen Erkrankung Ihrer Meinung nach am meisten helfen?

Kennen Sie persönlich eine Person, die eine psychische Krankheit hat / hatte? Wenn ja, inwiefern?

Nachstehend finden Sie einige Aussagen zum Thema „Psychische Erkrankungen“. Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, ob Sie dieser zustimmen, oder ob Sie anderer Meinung sind. Dabei haben Sie die Möglichkeit, zwischen „Ich stimme stark zu“ (1), „Ich stimme eher zu“ (2), „neutral“ (3), „Ich bin eher anderer Meinung“ (4) und „Ich bin ganz anderer Meinung“ (5) zu wählen.

Psychisch Kranken sollte keinerlei Verantwortung übertragen werden.	Ich stimme stark zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 bin ganz anderer Meinung
Der beste Weg des Umgangs mit psychisch Kranken ist es, sie in geschlossenen Anstalten unterzubringen.	Ich stimme stark zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 bin ganz anderer Meinung
Psychisch Kranke haben etwas an sich - deshalb ist es leicht, sie von normalen Menschen zu unterscheiden.	Ich stimme stark zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 bin ganz anderer Meinung
Es ist beängstigend, dass Menschen mit psychischen Problemen in Wohngegenden leben.	Ich stimme stark zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 bin ganz anderer Meinung
Psychiatrische PatientInnen brauchen die gleiche Art von Kontrolle und Disziplin wie kleine Kinder.	Ich stimme stark zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 bin ganz anderer Meinung
Psychisch Kranke sind eine Last für unsere Gesellschaft.	Ich stimme stark zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 bin ganz anderer Meinung
Eine psychische Krankheit ist eine Krankheit wie jede andere.	Ich stimme stark zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 bin ganz anderer Meinung
Erhöhte Ausgaben für die psychiatrische Versorgung sind eine Verschwendung von Steuergeldern.	Ich stimme stark zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 bin ganz anderer Meinung
Auf den Schutz der Öffentlichkeit vor psychisch Kranken sollte weniger Wert gelegt werden.	Ich stimme stark zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 bin ganz anderer Meinung
Ich würde nicht gerne neben jemandem wohnen, der schon einmal psychisch krank gewesen ist.	Ich stimme stark zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 bin ganz anderer Meinung
Psychiatrische Krankenhäuser sind eine überholte Behandlungsform für psychisch Kranke.	Ich stimme stark zu <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5 bin ganz anderer Meinung

So gut wie jeder Mensch kann psychisch krank werden.	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
Psychisch Kranke sind schon zu lange verspottet worden.	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
Es gibt bereits genügend Versorgungseinrichtungen für psychisch Kranke.	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
Psychisch Kranken sollten ihre Persönlichkeitsrechte nicht vorenthalten werden.	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
Für die Versorgung und Behandlung von psychisch Kranken sollten mehr Steuergelder ausgegeben werden.	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
Sobald jemand Anzeichen für eine psychische Störung zeigt, sollte er/sie in ein Krankenhaus eingewiesen werden.	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
Wir müssen eine viel tolerantere Einstellung gegenüber psychisch Kranken in unserer Gesellschaft einnehmen.	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
Eine der Hauptursachen für psychische Krankheiten ist ein Mangel an Selbstdisziplin und Willenskraft.	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
Unsere psychiatrischen Krankenhäuser haben mehr Ähnlichkeit mit Gefängnissen, als mit einem Ort, an dem psychisch Kranke versorgt und behandelt werden können.	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
Wenn psychiatrische Einrichtungen in einer Wohngegend angesiedelt werden, geht es mit diesem Viertel bergab.	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
Psychisch Kranke verdienen unser Mitgefühl nicht.	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
Psychisch Kranke sollten nicht aus der Gesellschaft ausgestoßen werden.	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
Es ist am besten, Menschen mit psychischen	Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung

Die Bewohner eines Viertels sollten die Ansiedlung von psychiatrischen Einrichtungen in ihrer Nachbarschaft akzeptieren, um den Bedürfnissen ihres Bezirkes zu dienen.	<p>Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung</p> <p><input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/></p> <p>1 2 3 4 5</p>
Die beste Therapie für viele psychiatrische PatientInnen ist, Teil einer normalen Gemeinde zu sein.	<p>Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung</p> <p><input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/></p> <p>1 2 3 4 5</p>
Das Ansiedeln von psychiatrischen Gesundheitszentren in Wohngebieten stellt keine Gefahr für die Bewohner dar.	<p>Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung</p> <p><input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/></p> <p>1 2 3 4 5</p>
Die Bewohner eines Viertels haben von Menschen, die in ihre Gegend kommen, um psychiatrische Gesundheitseinrichtungen in Anspruch zu nehmen, nichts zu befürchten.	<p>Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung</p> <p><input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/></p> <p>1 2 3 4 5</p>
Psychiatrische Einrichtungen sollten außerhalb von Wohngebieten eingerichtet werden.	<p>Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung</p> <p><input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/></p> <p>1 2 3 4 5</p>
Die Bewohner haben guten Grund, sich gegen die Ansiedlung von psychiatrischen Einrichtungen in ihrer Gegend zu wehren.	<p>Ich stimme stark zu bin ganz anderer Meinung</p> <p><input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/>.....<input type="radio"/></p> <p>1 2 3 4 5</p>

Wie gut kann man Ihrer Meinung nach psychische Krankheiten behandeln?

....................

Sehr gut gut etwas wenig gar nicht

Ganz allgemein betrachtet, glauben Sie, dass psychisch Kranke eher zu Gewalttätigkeiten neigen, als psychisch gesunde Menschen?

JA NEIN

Zur Person:

Geschlecht: weiblich männlich

Alter: __ __ Jahre

Wie viele EinwohnerInnen hat die Gemeinde, in der Sie leben:

- bis 1000 Einwohner
- zwischen 1000 und 5000 Einwohner
- zwischen 5000 und 10.000 Einwohner
- zwischen 10.000 und 50.000 Einwohner
- mehr als 50.000 Einwohner

Höchste abgeschlossene Ausbildung der Eltern:

Mutter	Vater
<input type="radio"/> Pflichtschule	<input type="radio"/> Pflichtschule
<input type="radio"/> Lehre	<input type="radio"/> Lehre
<input type="radio"/> Fachschule	<input type="radio"/> Fachschule
<input type="radio"/> Matura	<input type="radio"/> Matura
<input type="radio"/> Hochschule	<input type="radio"/> Hochschule

Beruf der Eltern:

Mutter	Vater
<input type="radio"/> Angelernte Arbeiterin	<input type="radio"/> Angelernter Arbeiter
<input type="radio"/> Facharbeiterin	<input type="radio"/> Facharbeiter
<input type="radio"/> Angestellte	<input type="radio"/> Angestellter
<input type="radio"/> Leitende Angestellte	<input type="radio"/> Leitender Angestellter
<input type="radio"/> Selbständig Gewerbetreibende, Landwirtin	<input type="radio"/> Selbständig Gewerbetreibender, Landwirt
<input type="radio"/> Freiberuflich Tätig	<input type="radio"/> Freiberuflich Tätig
<input type="radio"/> Pensionistin	<input type="radio"/> Pensionist

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang D

CAMI-Inventar

(CAMI Scales deutsch; © Martin S. Taylor; deutsche Version: Sabine Kirschenhofer,
Beate Schulze, Edwin Ladinser)

AUTORITÄRE ORIENTIERUNG („AUTHORITARIANISM“)	
1. Eine der Hauptursachen für psychische Krankheiten ist ein Mangel an Selbstdisziplin und Willenskraft.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
2. Die beste Art mit psychisch Kranken umzugehen ist es, sie in geschlossenen Anstalten unterzubringen.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
3. Psychisch Kranke haben etwas an sich, das sie leicht von normalen Menschen unterscheiden lässt.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
4. Sobald jemand Anzeichen für eine psychische Störung zeigt, sollte er/sie in ein Krankenhaus eingewiesen werden.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
5. Psychiatrische PatientInnen brauchen klare Regeln und Kontrolle, genau wie kleine Kinder.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
6. Eine psychische Krankheit ist eine Krankheit wie jede andere.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
7. Psychisch Kranke sollten nicht von der Gesellschaft ausgestoßen werden.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
8. Auf den Schutz der Öffentlichkeit vor psychisch Kranken sollte weniger Wert gelegt werden.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
9. Psychiatrische Krankenhäuser sind eine überholte Behandlungsform für psychisch Kranke.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
10. So gut wie jede/r kann psychisch krank werden.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
WOHLWOLLEN („BENEVOLENCE“)	
11. Psychisch Kranke sind schon zu lange dem Spott der Leute ausgesetzt gewesen.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
12. Für die Versorgung und Behandlung von psychisch Kranken sollten mehr Steuergelder ausgegeben werden.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
13. Wir müssen in unserer Gesellschaft eine viel tolerantere Einstellung gegenüber psychisch Kranken einnehmen.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
14. Unsere psychiatrischen Krankenhäuser haben mehr Ähnlichkeit mit Gefängnissen als mit Orten, an denen psychisch Kranke versorgt werden können.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu

15. Es liegt in unserer Verantwortung, psychisch Kranken die bestmögliche Versorgung zur Verfügung zu stellen.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
16. Psychisch Kranke verdienen nicht unser Mitgefühl.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
17. Psychisch Kranke sind eine Last für unsere Gesellschaft.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
18. Erhöhte Ausgaben für die psychiatrische Versorgung sind eine Verschwendung von Steuergeldern.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
19. Es gibt bereits genügend Versorgungseinrichtungen für psychisch Kranke.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
20. Es ist am Besten, psychisch kranke Menschen zu meiden.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
SOZIALE KONTROLLE („SOCIAL RESTRICTIVENESS“)	
21. Psychisch Kranken sollte keinerlei Verantwortung übertragen werden.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
22. Psychisch Kranke sollten vom Rest der Bevölkerung isoliert werden.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
23. Es wäre dumm, jemanden zu heiraten, der an einer psychischen Krankheit gelitten hat, auch wenn er/sie vollständig genesen erscheint.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
24. Ich würde nicht gern neben jemanden wohnen, der schon einmal psychisch krank gewesen ist.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
25. Jeder Mensch, der einmal psychisch krank war, sollte von der Ausübung öffentlicher Ämter ausgeschlossen werden.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
26. Psychisch Kranken sollten ihre Persönlichkeitsrechte nicht vorenthalten werden.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
27. Psychiatrische Patienten sollten dazu ermutigt werden, die Aufgaben des täglichen Lebens wieder zu übernehmen.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
28. Niemand hat das Recht, psychisch Kranke aus seiner Nachbarschaft auszuschließen.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
29. Psychisch Kranke stellen viel weniger eine Gefahr dar als die meisten Menschen vermuten.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu

30. Den meisten Frauen, die einmal in einem psychiatrischen Krankenhaus waren, kann man als Babysitter vertrauen.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
GEMEINDEIDEOLOGIE ZUR PSYCHISCHEN GESUNDHEIT („COMMUNITY MENTAL HEALTH IDEOLOGY“)	
31. Die Bewohner eines Viertels sollten die Ansiedlung von psychiatrischen Einrichtungen in ihrer Nachbarschaft akzeptieren, damit es dieses Angebot auch in der eigenen Gemeinde gibt.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
32. Für viele psychiatrische Patienten ist es die beste Therapie, in einem normalen Umfeld zu leben.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
33. Die psychiatrische Versorgung sollte so weit wie möglich durch gemeindenahe Einrichtungen geleistet werden.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
34. Die Ansiedlung von psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in Wohngebieten stellt keine Gefahr für die Bewohner dar.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
35. Die Bewohner eines Viertels haben von Menschen, die in ihre Gegend kommen, um psychiatrische Versorgungsleistungen in Anspruch zu nehmen, nichts zu befürchten.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
36. Psychiatrische Versorgungseinrichtungen sollten außerhalb von Wohngebieten eingerichtet werden.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
37. Die Bewohner eines Viertels haben guten Grund, sich gegen die Ansiedlung psychiatrischer Versorgungseinrichtungen in ihrer Gegend zu wehren.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
38. Psychiatrische Patienten in Wohngebieten anzusiedeln mag eine gute Therapie sein, aber die Risiken für die dortigen Bewohner sind zu groß.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
39. Der Gedanke, daß Menschen mit psychischen Problemen in Wohngebieten leben, ist beängstigend.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu
40. Die Ansiedlung psychiatrischer Versorgungseinrichtungen in einer Wohngegend bewirkt, dass es mit dem Viertel bergab geht.	1 stimme völlig zu 5 stimme überhaupt nicht zu