

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Technischen Universität München**

**Klinikum rechts der Isar**

(Direktor: Univ.-Prof. Dr. J. Förstl)

**Anti-Stigma Projekte in der Psychiatrie**

**Kerstin Wundsam**

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München  
zur Erlangung des akademischen Grades eines

**Doktors der Medizin**

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. J. Förstl
2. apl. Prof. Dr. A. Kurz

Die Dissertation wurde am 19.01.2004 bei der Technischen Universität München  
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 05.05.2004 angenommen.

## Abkürzungsverzeichnis

11 GB 51	Großhandelskaufleute, Klasse 11
12 AT 52	Automobilkaufleute, Klasse 12
AG Polizei	triadische Arbeitsgruppe für das Anti-Stigma Projekt für Polizeibeamten
AG Schule	triadische Arbeitsgruppe für das Lernpaket „Psychisch Kranke“
AH1	Arzthelferinnen, Klasse 1
BASTA	Bayerische Anti-Stigma Aktion
E-FB	Einstellungsfragebogen
FFB	Fürstfeldbruck
HTML	Hypertext
HW 2a	Hauswirtschaft, Klasse 2a
HW 2b	Hauswirtschaft, Klasse 2b
HW 3	Hauswirtschaft, Klasse 3
ID-Nummer	Identifikationsnummer
MHM	Mental Health Media
MK	Klasse für Medienberufe
PHP	Personal Home Page Tools
PIP	Psychosen-Informationen-Projekt
SANE	Stigma-Alarm Netzwerk
Soz 2a/2b	Sozialpflege, Klasse 2a/2b
UE	Unterrichtsevaluation
UFOiu	UFOiu Internet Service (Firmenname)
W-FB	Wissensfragebogen
WHO	World Health Organisation
WPA	World Psychiatric Association

# Inhaltsverzeichnis

<b>I</b>	<b><u>EINLEITUNG</u></b>	<b>4</b>
I.1	<b>STIGMATISIERUNG UND DISKRIMINIERUNG PSYCHIATRISCHER PATIENTEN IN UNSERER GESELLSCHAFT</b>	<b>4</b>
I.2	<b>SOZIALPSYCHOLOGISCHE GRUNDLAGEN UND BEGRIFFSDEFINITIONEN</b>	<b>5</b>
I.3	<b>HISTORISCHER HINTERGRUND DER STIGMATISIERUNG</b>	<b>8</b>
I.4	<b>WELTWEITE ANTI-STIGMA KAMPAGNEN IN DER PSYCHIATRIE</b>	<b>10</b>
I.5	<b>DIE BAYERISCHE ANTI-STIGMA AKTION BASTA</b>	<b>12</b>
I.5.1	ZIELE, AUFGABEN UND PROJEKTE DER BASTA	12
I.6	<b>FRAGESTELLUNG</b>	<b>14</b>
<b>II</b>	<b><u>MATERIAL, METHODEN UND ERGEBNISSE</u></b>	<b>15</b>
II.1	<b>LITERATURÜBERSICHT ZIELGRUPPENORIENTIERTER ANTI-STIGMA PROJEKTE</b>	<b>15</b>
II.1.1	MATERIAL UND METHODIK	15
II.1.2	ERGEBNISSE	17
II.2	<b>WELTWEITE RECHERCHE NACH ZIELGRUPPENORIENTIERTEN ANTI-STIGMA PROJEKTEN</b>	<b>29</b>
II.2.1	MATERIAL UND METHODIK	29
II.2.2	ERGEBNISSE	30
II.3	<b>SEMINAR ZUR SENSIBILISIERUNG VON POLIZEIBEAMTEN IM UMGANG MIT PSYCHISCH ERKRANKTEN UND DEREN ANGEHÖRIGEN</b>	<b>35</b>
II.3.1	PROJEKTPLANUNG UND ZIELE	36
II.3.2	MATERIAL UND METHODIK	37
II.3.3	ERGEBNISSE	39
II.4	<b>DAS LERMPAKET „PSYCHISCH KRANKE“ FÜR SCHULEN</b>	<b>45</b>
II.4.1	PROJEKTPLANUNG UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	45
II.4.2	MATERIAL UND METHODIK	47
II.4.3	ERGEBNISSE	51

---

<b>III</b>	<b><u>DISKUSSION</u></b>	<b>63</b>
<b>III.1</b>	<b>LITERATURRECHERCHE UND WELTWEITE SUCHE NACH ANTI-STIGMA PROJEKTEN</b>	<b>63</b>
III.1.1	DISKUSSION DER METHODEN	63
III.1.2	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	64
<b>III.2</b>	<b>SEMINAR ZUR SENSIBILISIERUNG VON POLIZEIBEAMTEN IM UMGANG MIT PSYCHISCH ERKRANKTEN UND DEREN ANGEHÖRIGEN</b>	<b>69</b>
<b>III.3</b>	<b>DAS LERNPAKET „PSYCHISCH KRANKE“ FÜR SCHULEN</b>	<b>72</b>
III.3.1	DISKUSSION DER METHODIK	72
III.3.2	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	73
III.3.3	LIMITATIONEN DES LERNPAKETS	78
<b>III.4</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN UND KONSEQUENZEN FÜR ZUKÜNFTIGE PROJEKTE</b>	<b>80</b>
<b>IV</b>	<b><u>ZUSAMMENFASSUNG</u></b>	<b>81</b>
<b>V</b>	<b><u>LITERATURVERZEICHNIS</u></b>	<b>83</b>
<b>VI</b>	<b><u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u></b>	<b>88</b>
<b>VII</b>	<b><u>ANHANG</u></b>	<b>89</b>
<b>VIII</b>	<b><u>LEBENS LAUF</u></b>	<b>131</b>
<b>IX</b>	<b><u>DANKSAGUNG</u></b>	<b>132</b>

# I Einleitung

## I.1 Stigmatisierung und Diskriminierung psychiatrischer Patienten in unserer Gesellschaft

„Ich wünsche mir, als Mensch wahrgenommen zu werden und nicht nur als ein unberechenbarer Irrer.“ Die Aussage eines von Schizophrenie Betroffenen beschreibt eine häufige Erfahrung, die psychisch kranke Menschen machen.

Die Reaktionen der Allgemeinbevölkerung auf Patienten mit psychiatrischen Krankheiten und speziell mit der Diagnose „Schizophrenie“ sind geprägt von dem der Krankheit anhaftenden Stigma. Man schreibt den Betroffenen negative Eigenschaften zu, wie erhöhte Aggressivität, Gefährlichkeit, Unberechenbarkeit und reduzierte Intelligenz, gepaart mit mangelnder Selbstkontrolle und geringer Disziplin. Gesunde begegnen den Kranken deshalb oft mit Unverständnis, Unsicherheit, Ängstlichkeit, Misstrauen und daraus resultierender Ablehnung. Die beschriebenen negativen Eigenschaften werden zu Stereotypen, die Erkrankte etikettieren und es der Allgemeinheit möglich machen, sie bestimmten Kategorien zu zuordnen („die Schizophrenen“). Konsequenz ist eine Herabsetzung ihres sozialen Status und eine daraus resultierende Diskriminierung.

Die negative Diskriminierung aufgrund einer psychiatrischen Erkrankung bedeutet eine erhebliche Reduktion der Lebensqualität für die Betroffenen und stellt einen bedeutenden Hemmfaktor für Therapieerfolge dar, weil die Erkrankten sich zu spät oder gar nicht in psychiatrische Behandlung begeben.

Aber die Stigmatisierung trifft in unserer Gesellschaft nicht nur Erkrankte, sondern auch ihre Angehörigen und Helfer. Schulze und Angermeyer <sup>(53/S.80)</sup> untersuchten das Stigma aus Sicht schizophrener Erkrankter, ihrer Angehörigen und von Mitarbeitern der psychiatrischen Versorgung. Dabei konnten sie in einer Fokusgruppenstudie vier Dimensionen des Stigmaerlebens feststellen: die interpersonelle Interaktion, die strukturelle Diskriminierung, das Bild psychischer Erkrankungen in der Öffentlichkeit und den erschwerten Zugang zu sozialen Rollen.

Bei der interpersonellen Interaktion wird die Stigmatisierung im Kontext sozialer Beziehungen erlebt. Dies beinhaltet Kontakte zu Verwandten, Freunden, Kollegen, Arbeitgebern, Vermietern und professionellen Helfern. Solche Erfahrungen führen zur Vermeidung und Reduzierung sozialer Kontakte, bis hin zur sozialen Isolation.

Die strukturelle Diskriminierung wird in Form von Ungerechtigkeiten und Ungleichgewichten in gesellschaftlichen Strukturen, politischen Entscheidungsprozessen und gesetzlichen Regelungen wahrgenommen. Die suboptimale Situation in der psychiatrischen Versorgung wird durch eine unausgewogene Verteilung von Ressourcen im Gesundheitssystem mit verursacht, was sich in der Qualität der Versorgung psychiatrischer Patienten unvorteilhaft widerspiegelt.

Das Bild psychischer Erkrankungen in der Öffentlichkeit wird geprägt durch die Vorstellung, dass Kranke grundsätzlich zu Gewalttätigkeiten neigen und daher gefährlicher sind als die Normalbevölkerung. Vor allem die Medien werden für die Aufrechterhaltung negativer Stereotypen, das Schüren der Ängste in der Bevölkerung und die Falschdarstellung psychischer Krankheiten durch reißerische Berichterstattung verantwortlich gemacht.

Die Behinderung des Zugangs zu sozialen Rollen wird in Arbeit und Beruf, Familie und Partnerschaft sowie der Wohnungssuche erlebt. Die Erfahrungen in diesen Bereichen werden geprägt durch Misstrauen und Ängste, vermehrte Kritik und die Aberkennung von vorher unter Beweis gestellten Fähigkeiten. Solche konfliktbeladenen Erlebnisse führen zum Verschweigen und Verheimlichen der Krankheit.

Ein Bericht von Christian Horvath, Psychiatrie Erfahrener aus Wien und engagierter Leiter einer Selbsthilfegruppe, geht Hand in Hand mit den Inhalten der Forschung von Schulze und Angermeyer. Zusätzlich zu den obig genannten vier Dimensionen nennt Horvath das Phänomen der Selbststigmatisierung, bei der Betroffene ohne das Zutun Außenstehender sich selbst ausgrenzen. Er beschreibt diese „Eigenstigmatisierung“ als Produkt der medizinischen und gesellschaftlichen Stigmatisierungen, die eine persönliche Färbung besitzen und dadurch tiefer in individuelle Lebenssituationen reichen. Der Betroffene hat in der Eigenstigmatisierung eine „tiefe Wunden schlagende“ negative Bewertung von sich selbst. <sup>(26/S.27)</sup>

Katschnig beschreibt den Prozess der Selbststigmatisierung als Internalisierung des Stereotyps durch den Betroffenen, der dabei die Rolle des psychisch Kranken und ein negatives und unrealistisches Selbstbild annimmt. Der Vorgang der Identifizierung mit dem Stereotyp durch den Erkrankten, besonders bei langen Aufenthalten in psychiatrischen Einrichtungen, überschneidet sich zum Teil mit dem Phänomen des Hospitalismus. <sup>(31/S.16)</sup>

„Das Stigma beschädigt die Identität der von psychischer Erkrankung Betroffenen. Entmutigung, Selbstentwertung, sozialer Rückzug können eine `zweite Erkrankung´ bewirken, die mit der ursprünglichen Erkrankung nichts zu tun hat, jedoch die soziale Integration und die Lebensqualität der Betroffenen negativ beeinflusst. Bereits vor etwa einem halben Jahrhundert hat der Soziologe Goffman darauf hingewiesen, dass dem „Stigma-Management“, d.h. der individuellen Bewältigung des Stigmas eine große Bedeutung zukommt. Die Behandlung des Stigmas und seiner persönlichen Folgen muss – als eine wichtige Anti-Stigma Strategie – in der Therapie berücksichtigt werden.“ <sup>(37/S.2)</sup>

## 1.2 Sozialpsychologische Grundlagen und Begriffsdefinitionen

„**Stereotype** sind allgemein definiert als Überzeugungen oder Annahmen über die Eigenschaften und Merkmale einer Gruppe von Personen. Diese beziehen sich entweder auf alle Angehörigen dieser Gruppe oder zumindest auf deren Mehrheit.“ Entscheidend ist dabei der Aspekt der Generalisierung, d.h. die Verallgemeinerung bestimmter Meinungen über typische Zusammenhänge zwischen Personen und deren Eigenschaften. Die Generalisierung

trifft alle oder die meisten der Personen, die einer bestimmten sozialen Gruppe oder Kategorie zugeordnet werden. Stereotype müssen also keine Verknüpfung mit Emotionen aufweisen und können auch positiv gefärbt sein, z.B. „Die Deutschen sind ordentlich und fleißig“ oder „Die Italiener sind temperamentvoll“. <sup>(21)</sup>

Der Begriff des „**Vorurteils**“ bezeichnet Einstellungen, die ebenfalls allgemein dadurch gekennzeichnet sind, dass sie sich auf alle oder die meisten Personen beziehen, die einer Gruppe oder Kategorie zugeordnet werden. Anders als bei Stereotypen, sind Vorurteile „(a) mit Bewertungen verbundene Überzeugungen und Meinungen über die Eigenschaften und Merkmale bestimmter Personengruppen (...), (b) emotionale Reaktionen in der Beziehung zu bestimmten Personengruppen (z.B. Misstrauen oder Furcht) und (c) daran orientierte Verhaltensdispositionen (z.B. Kontaktvermeidung).“ Über diese Charakteristika von Einstellungen im Allgemeinen und Vorurteilen im Besonderen besteht in der sozialwissenschaftlichen Forschung inzwischen eine weitgehende Übereinkunft. Häufig wird allerdings der Vorurteilsbegriff auf negative und abwertende Einstellungen gegenüber Personengruppen eingegrenzt, was weitestgehend dem alltäglichen Sprachgebrauch entspricht. Durch diese Eingrenzung werden positive Einstellungen, zum Beispiel gegenüber Angehörigen der „Eigengruppe“, automatisch ausgeschlossen, obwohl sie die gleichen Charakteristika aufweisen - allerdings mit jeweils umgekehrten Vorzeichen. <sup>(21)</sup>

Aus sozialpsychologischer Sicht beschreibt Zimbardo das „**Vorurteil**“ als diejenige der menschlichen Schwächen, die am zerstörerischsten auf die Würde des Einzelnen und die sozialen Beziehungen unter den Menschen einwirkt. „Vorurteile sind ein Beispiel für eine Fehlentwicklung der subjektiven sozialen Realität und für eine Situation, die lediglich in den Köpfen bestimmter Menschen vorhanden ist und dennoch das Leben anderer beeinträchtigen und zerstören kann.“ Als Vorurteil wird eine erlernte Einstellung gegenüber einem Zielobjekt bezeichnet, bei der Annahmen (Stereotype) und negative Gefühle (Abneigung oder Angst) beteiligt sind, die als Rechtfertigung für diese Meinung dienen. Eine falsche Einstellung wird dann zum Vorurteil, wenn sie auch angesichts angemessener Gegenbeweise gegenüber Änderungen resistent ist. Vorurteilsbeladene Überzeugungen ermöglichen der gesunden Bevölkerung bestimmte Personen voreingenommen zu behandeln, sobald diese einmal einer „Zielgruppen-Schublade“ zugeordnet wurden. Durch das Vorurteil entwickelt sich die Neigung, Mitglieder dieser Zielgruppe auf der Verhaltensebene zu kontrollieren, zu dominieren, zu meiden oder zu eliminieren. <sup>(62/S.419)</sup>

„**Stigma**“ ist das griechische Wort für „Stich“ oder „Brandmal“. Der Begriff des Stigmas ist im allgemeinen Wortsinn ein Zeichen oder eine Markierung der Schande. Dieses „Zeichen“ ermöglicht es der Gesellschaft, bestimmte Einzelpersonen zu Gruppierungen zuzuordnen. In der Soziologie versteht man darunter sichtbare (oder) soziale Merkmale, mit denen Menschen aus der Gruppe der „Normalen“ ausgesondert werden. Im psychologischen Kontext beziehen sich Stigma und Stigmatisierung auf die negativen Einstellungen zu einer Person mit

psychischen Auffälligkeiten, welche dazu führen, dass die Person als unerwünscht ausgegrenzt wird. <sup>(10/S.290)</sup>

Was als Stigma gilt, ist von Gesellschaft zu Gesellschaft verschieden. Ein Stigma ist aber immer mit einer Diskriminierung verbunden.

Während Stereotype also hauptsächlich generalisierte Überzeugungen und verallgemeinerte Meinungen darstellen, bedeuten Vorurteile darüber hinaus auch allgemeine Bewertungen, gefühlsmäßige Reaktionen und Verhaltensdispositionen. Unter „**Diskriminierung**“ wird nun die konkrete Handlung und Verhaltensweise gegenüber Personen mit einem entsprechenden Stigma verstanden. Die Verhaltensweise orientiert sich daran, ob die Personen zu einer bestimmten Gruppen dazugehören (z.B. „die Schizophrenen“). Zu solchen Handlungen im Zuge der Diskriminierung zählen zum Beispiel Benachteiligungen beim Zugang zu begehrten Arbeitsplätzen, Wohnungen und Bildungsinstitutionen, die Verweigerung bestimmter Rechte und politischer Beteiligungsmöglichkeiten, aber auch gewalttätige Angriffe oder eher subtile Formen der Kontaktvermeidung gegenüber Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit oder Zuschreibung zu einer bestimmten Gruppe. <sup>(62/S.421)</sup>

Stereotype, Stigmata und Diskriminierungen sind folglich voneinander abhängig und miteinander verknüpft. Laut Schulze und Angermeyer <sup>(53/S.79)</sup> beginnt der Stigmatisierungsprozess mit der Wahrnehmung und Benennung eines Unterschieds. In der Folge wird das vergebene Etikett, wie beispielsweise die Diagnose „Schizophrenie“, mit negativen, kulturell geprägten und aus Vorurteilen entstammenden Eigenschaften verbunden. Die negativen Stereotype dienen wiederum als Rechtfertigung, um die etikettierten Personen aus der Allgemeinheit herauszulösen: sie werden zu einer Kategorie zusammengefasst (z.B. „die Schizophrenen“) und die Betroffenen erfahren in der Konsequenz eine Herabsetzung ihres sozialen Status und Diskriminierung. <sup>(53/S.79)</sup>

Finzen <sup>(17/S.316)</sup> zitiert zu diesem Thema den amerikanischen Soziologen Erwin Goffmann, der sich in seinem viel gerühmten Buch „Stigma. Notes on the Management of spoiled identity“ mit dem Stigmakonzept der „sozialen und personalen Identität“ innerhalb der sozialen Gemeinschaft beschäftigt. Dabei stellt Goffmann fest, dass wir Menschen bestimmte Vorstellungen davon haben, wie sich unsere Mitmenschen verhalten, wie sie leben und sein sollen. Ob bewusst oder unbewusst stützen wir uns - nach einem ersten Blick auf einen Fremden - auf spontane Einschätzungen bezüglich seiner Kategorie, Eigenschaften und seiner „sozialen Identität“ und entwickeln eine Erwartungshaltung bezüglich dieser Person. Laut Goffmann antizipiert der Mensch Charaktereigenschaften und Merkmale seines Gegenübers nach kürzester Zeit, wobei diese Antizipation dann zu Anforderungen und „normativen Erwartungen“ werden. Goffmann bezeichnet diese Erwartungen als „virtuale soziale Identität“. Im Gegensatz dazu steht die „aktuelle soziale Identität“ mit den Eigenschaften und Merkmalen, die der Mensch tatsächlich besitzt. Anspruch und Wirklichkeit unterscheiden sich voneinander, was leider sozialer sowie soziologischer Alltag ist. <sup>(17/S.317)</sup>



Des Weiteren trennt Goffmann drei Stigmatypen: Stigma durch angeborene Merkmale, Stigma durch Krankheit oder durch Minderheitenzugehörigkeit. Personen mit angeborenen Stigmata lernen von Kindesbeinen an, mit der Behinderung und Reaktionen der Umwelt auf diese Behinderung umzugehen. Kommt es zur „Beschädigung der Identität“ im Laufe der Entwicklung, dann waren die Vorurteile der „Normalen“ bis dahin ein Teil seiner eigenen Identifizierung. Der Mensch hat bis zu diesem Zeitpunkt selbst zwischen den „Normalen“ (zu denen er gehörte) und den „Stigmatisierten“ unterschieden und findet sich nun in einer Situation wieder, in der er „die Seiten gewechselt hat“. Ein besonderes Problem wird nun die neue Identifizierung sein und mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit wird er „eine Missbilligung seiner selbst entwickeln“. Mit dieser Situation sehen sich psychisch Kranke konfrontiert, und das um so mehr, je stärker sie im alltäglichen Leben zurückgewiesen, geächtet, ausgeschlossen oder verhöhnt werden. Laut Finzen wird auf diese Weise das Stigma zu einer „zweiten Krankheit“, die ebenso belastend wie die Erste sein kann und ein großes Hindernis für Therapie und Gesundung darstellt. <sup>(17/S.317)</sup>

### **I.3 Historischer Hintergrund der Stigmatisierung**

Die Vergangenheit der Psychiatrie hat unter Umständen einen wesentlichen Anteil an der Art und Weise der heute vorherrschenden Stigmatisierung. Mythen und Überlieferungen von menschenverachtenden Behandlungsmethoden sowie der Unheilbarkeit und Unberechenbarkeit psychisch Kranker sind in den derzeit anzutreffenden Vorurteilen verankert.

Im Mittelalter kam es zur inhumanen Verwahrung psychisch Kranker in Gefängnissen oder gar zu ihrer Verfolgung als Hexen bzw. Hexenmeister durch die Inquisition. <sup>(40/S.18)</sup> Unruhige und aggressive Kranke wurden vor die Stadttore und dort in dafür aufgestellte Holzkisten gesperrt. <sup>(34/S.150)</sup> Im 17. und 18. Jahrhundert wurden psychisch Kranke zusammen mit Behinderten, Armen, Landstreichern und Prostituierten als „Asoziale“ in verschiedenen Zuchthäusern untergebracht. Dort waren sie oft angekettet, wurden geprügelt und erfuhren keine Behandlung durch Ärzte. <sup>(40/S.18)</sup>

Wilhelm Griesinger (1817-1868) setzte sich als erster deutscher Psychiater für die gewaltfreie Behandlung psychiatrischer Patienten ein. Bis Mitte des 19. Jahrhunderts waren trotz einiger Ausnahmen Zwang und Gewalt bei der Behandlung und Unterbringung psychisch Kranker an der Tagesordnung. Schläge mit Ruten, Stöcken und Peitschen gehörten ebenso zu den üblichen Maßnahmen, wie Drehstühle, Sturzbäder mit kaltem Wasser, Zwangsstehen oder das Einreiben der Kopfhaut mit Brechweinstein, wodurch sich schmerzhaft Geschwüre bildeten. Griesinger setzte sich ebenfalls für Stadtasyle ein und seine Bemühungen zeigten Früchte in Form von Universitätskliniken, die psychiatrische Patienten nach seinem Vorbild behandelten. <sup>(34/S.154)</sup>

Diese Errungenschaften und Fortschritte wurden durch den ersten Weltkrieg und den Nationalsozialismus stark zurückgeworfen. Im Zuge der Euthanasie und Eugenik wurden bis

1945 mehr als 150.000 psychisch Kranke vergiftet, vergast oder durch „Hungerkuren“ ermordet.  
(34/S.158)

Die Betonung der negativen Elemente der Geschichte der Psychiatrie bis 1945 soll aufzeigen, mit welchen Informationen und Überlieferungen die Allgemeinbevölkerung bis vor nicht allzu langer Zeit versorgt wurde. Die hinreichend bekannte Vergangenheit der Psychiatrie könnte das tief verankerte Misstrauen und die vorherrschenden Vorurteile gegenüber den psychiatrischen Einrichtungen, den Psychiatern, deren Behandlungsmethoden und damit unweigerlich verknüpft, den psychiatrischen Patienten, mit erklären.

Aber auch diagnostische und theoretische Konzepte der Psychiatrielehre könnten zum Stigmatisierungsprozess beigetragen haben. Katschnig <sup>(31)</sup> beleuchtete die Wege der Stigmatisierung in seinem Aufsatz über die stigmarelevanten historischen Wurzeln unter dem Blickwinkel der Schizophreniekonzepte Kraepelins, Bleulers und Schneiders.

„Der deutsche Psychiater Emil **Kraepelin** (1856 – 1926) begründete die Systematik psychischer Erkrankungen auf der Basis der Beobachtungen des Gesamtverlaufs und beschrieb als Erster die Krankheitsdefinition der späteren „Schizophrenie“. Auf ihn geht die Zweiteilung der großen Psychosen zurück, die er in das „manisch-depressive Irresein“ und die „Dementia präcox“ einteilte, die sich bis heute als roter Faden (mit inhaltlichen Veränderungen) in den psychiatrischen Klassifikationsschemata erhalten hat. Kraepelin beschrieb mit der „Dementia präcox“ eine Erkrankung, die bei einer Gruppe von jugendlichen Patienten auftrat, die unter geistigem Schwächezustand, Halluzinationen und Wahnideen litten und nicht mehr gesund wurden. Er sah hier eine Analogie zur unheilbaren senilen Demenz, die „vorzeitig“ im Leben auftrat, aber für Kraepelin genauso unheilbar war wie die senile Demenz selbst. Auch wenn Kraepelins Begriff der „Dementia präcox“ obsolet ist und auch wenn durch die Forschung klar belegt ist, dass nur ein Bruchteil der Patienten „chronisch“ erkrankt bleibt, ist die Idee „einmal schizophren, immer schizophren“, also Kraepelins Vorstellung der Chronizität und Progredienz, noch weit verbreitet. „Und die Eigenschaft der Unheilbarkeit haftet dann jedem an, der einmal die Diagnose „Schizophrenie“ erhalten hat.“ <sup>(31/S.13)</sup>

Der Begriff „Schizophrenie“ wurde von dem Schweizer Psychiater Eugen **Bleuler** (1857 – 1939) geprägt, der sich ausdrücklich auf die psychopathologischen Erscheinungen und nicht auf den Verlauf bezog. Ein Anliegen Bleulers war es, die Idee der Chronizität durch die neue Bezeichnung aufzuheben. Mit „Schizophrenie“ meinte Bleuler nicht „gespaltene Persönlichkeit“, sondern „die Auflockerung der inneren Zusammenhänge der seelischen Vorgänge“. Leider hat, laut Katschnig, der Begriff ein Eigenleben entwickelt und in der Öffentlichkeit eine andere als die von Bleuler zugedachte Bedeutung erhalten. „Zumindest seit den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts hat das Wort `einen unpassenden Sinn`, in Form einer zweiten Bedeutung erhalten (Pfeifer 1995): neben der genannten fachlichen Definition der `Auflockerung der seelischen Zusammenhänge` nämlich die Laienbedeutung der `Zwiespältigkeit` und `Widersprüchlichkeit`, die man gut dokumentiert in der Zeitung findet (Hoffmann-Richter 2001). Seit damals wirkt diese bildungssprachliche Alltagsverwendung unbarmherzig auf die Kranken

zurück, denen man unterstellt, sie hätten zwei oder auch mehrere Persönlichkeiten. Robert Louis Stevensons Roman `Dr. Jekyll and Mr. Hyde´ ist der allgemein bekannte Prototyp für diese `gespaltene Persönlichkeit´ – in diesem Fall einmal Helfer der Menschheit, dann wieder mordende Bestie.“ (31/S.14)

Eine völlige Kehrtwendung vollzog Ende der 30er Jahre der deutsche Psychiater Kurt **Schneider** (1887 – 1967), bei dem Halluzinationen und Wahnideen im Zentrum der Diagnostik standen. Es war ihm ein Anliegen, dem Praktiker im Alltag ein einfach anzuwendendes diagnostisches Instrumentarium zur Verfügung zu stellen. Er teilte die Krankheitssymptome in Krankheitszeichen ersten und zweiten Ranges ein, wobei die Liste der psychotischen Symptome des ersten Ranges von jedem Laien wohl sofort als „verrückt“ eingestuft werden. Da gerade diese Symptome (wie z.B. Wahnideen und Halluzinationen) vom Diagnosesystem als essentiell angesehen werden – obwohl es dafür keine Begründung außer der einfacheren diagnostischen Handhabbarkeit gibt – tragen sie leider zum Stigmatisierungsprozess bei. (31/S.15)

Katschnig fasste das Vorausgeschickte überspitzt in einem Absatz zusammen (31/S.16): das öffentliche Stereotyp einer an Schizophrenie erkrankten Person besteht in der Annahme, dass die Krankheit unheilbar ist (Kraepelin), dass der Betroffene plötzlich jemand ganz anderer (vielleicht gefährlicher) sein kann, weil er an einer „Persönlichkeitsspaltung“ leidet (falsch verstandenes Schizophreniekonzept Bleulers), und dass er ein „Verrückter“ mit Wahnideen und Halluzinationen ist (Schneider).

## I.4 Weltweite Anti-Stigma Kampagnen in der Psychiatrie

Vorurteile und Stigmata verhindern eine adäquate Versorgung für psychisch Erkrankte, was die Heilungschancen nachhaltig beeinträchtigt. Sie behindern das „Hilfesuchverhalten“ (die Kontaktaufnahme mit einer adäquaten psychiatrischen Versorgungseinrichtung in Krisenfällen) (18/S.269), eine Früherkennung und somit eine frühzeitige Behandlung (2/S.327), sie beeinflussen die „Compliance“ in der Therapie (3/S.358) und erhöhen damit folglich die Rückfallrate.

Die World Health Organisation (WHO) publizierte 2001 Ergebnisse, die in diesem Zusammenhang auf eine mögliche globale Stigmatisierung hinweisen könnten. Der Bericht zeigte umfassend, dass psychische Krankheiten in den meisten Ländern der Welt nicht ernst genommen werden. Ungefähr ein Zehntel aller Erwachsenen waren zum Publikationszeitpunkt weltweit von psychischen Erkrankungen betroffen. Die staatlichen, medizinischen, versorgungstechnischen und finanziellen Reaktionen auf diese Entwicklung waren bislang allerdings international gering. Trotz der offensichtlichen Notwendigkeit wurde eine weitreichende Unterstützung zur Bekämpfung und Behandlung psychischer Krankheiten nach wie vor vernachlässigt.

Im Gegensatz zu diesen Daten zeigte der Bericht der WHO allerdings auch, dass sich die heute existierenden Versorgungssysteme im psychiatrischen Sektor in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt haben und ein Viertel dieser Systeme allein in den letzten fünf Jahren entstanden

war. Auch wenn derzeit die weltweite Übernahme der Verantwortung für psychische Krankheiten im Gesamtbild noch zu gering ist, lassen diese Ergebnisse vermuten, dass die Wichtigkeit der Bekämpfung psychischer Krankheiten und die Ausbildung notwendiger Versorgungssysteme vermehrt anerkannt wird. <sup>(60/S.609)</sup>

Dieser Prozess könnte in Zusammenhang mit den weltweit initiierten Anti-Stigma Kampagnen stehen. Sowohl der Weltverband für Psychiatrie (World Psychiatric Association, WPA) als auch die WHO und vereinzelte nationale Bewegungen (z.B. Psychoseseminare, Selbsthilfegruppen u.a.) haben es sich zur Aufgabe gemacht, Vorurteile und Diskriminierung gezielt zu bekämpfen.

Die WPA hat 1996 unter dem Namen „open the doors“ ein weltweites Programm gegen Stigma und Diskriminierung schizophrener erkrankter Menschen ins Leben gerufen. Da kaum ein anderes seelisches Leiden Gegenstand so vieler Fehldeutungen, Mythen und Vorurteile ist, wurde der Fokus der Kampagne auf die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis gelegt. Ziel dieses Programms ist es, durch spezifische Maßnahmen in der Bevölkerung und in besonderen Zielgruppen, Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen gegenüber schizophrenen Kranken zu verändern. Soziale Beeinträchtigungen der Betroffenen sollen auf diese Weise vermindert und ihre Reintegration in die Gesellschaft erleichtert werden. Hauptanliegen des Programms ist, die Lebensqualität der an Schizophrenie Leidenden zu verbessern und ihre Genesung damit zu unterstützen.

Gaebel et al. <sup>(20/S.295)</sup> berichteten von 27 nationalen Organisationen, die sich derzeit unter dem Dachverband der WPA in Anti-Stigma Kampagnen formieren. In Hamburg wurde 1999 der Startschuss für das nationale Programm in Deutschland gegeben. Zur Durchführung des Programms wurde der Verein „open the doors“ mit Hauptsitz in Düsseldorf gegründet, der in bestimmten Bereichen Koordinationsfunktion für Aktivitäten in den lokalen Projektzentren übernimmt. In mehreren Städten der Bundesrepublik agieren seither Aktionsgruppen, die sich an den Zielen des weltweiten Programms orientieren und sich verschiedenen Projekten, Veranstaltungen und Aktionen der Entdiskriminierung und Entstigmatisierung psychiatrischer Erkrankungen widmen.

Stigmata zu verändern ist ein langer Prozess, insofern wurde geplant, das Programm über mehrere Jahrzehnte voranzutreiben. Dieser Ansatz soll den Skeptikern entgegenwirken, die den Bemühungen der Anti-Stigma Kampagne kritisch gegenüberstehen. Ullrich Meise, äußerte sich hierzu: „Würde sich die Anti-Stigma Arbeit ausschließlich auf den Zeitraum der Kampagne begrenzen, würden jene Kritiker recht behalten, die beklagen, dass wichtige Themen oftmals nur von Kurzlebigkeit und luftiger Zeitgeistigkeit geprägt sind. Würde die Kampagne den Anspruch erheben, nur durch die Aufklärung der breiten Öffentlichkeit Überzeugungen in der Gesellschaft nachhaltig verändern zu können, hätten jene recht, die dies als utopisch erachten und die Aktivitäten äußerst kritisch beurteilen würden. Die destigmatisierenden Aktivitäten sollen über viele Jahre fortgeführt werden und es ist in erster Linie notwendig, ausreichend Mitstreiter dafür zu gewinnen. Daher richtet sich die Anti-Stigma Kampagne nicht nur an die Allgemeinbevölkerung, sondern vor allem an Gruppen, die als Schlüsselpersonen für die

angestrebten Einstellungsveränderungen wichtig sind. Die 'Kampagne' dient dazu, Aufmerksamkeit zu wecken. Sie ist ein erster Schritt, dem langfristig angelegte Aktivitäten folgen müssen.“ (37/S.1)

## **I.5 Die Bayerische Anti-Stigma Aktion BASTA**

Die Bayerische Anti-Stigma Aktion ist ein Beispiel für die oben erwähnten deutschen Projektzentren als Teil des weltweiten Programms der WPA und hat seinen Sitz in München. In der triadischen Zusammensetzung der Mitarbeiter der BASTA finden sich Angehörige, Betroffene und professionelle Helfer (Psychologen, Psychiater, Ärzte, u.a.).

Die 10 - 15 aktiven Mitglieder der BASTA halten im Abstand von zwei Monaten Versammlungen ab, arbeiten lokal an der Planung und Durchführung von Projekten und beteiligen sich überregional, gemeinsam mit anderen Aktionsgruppen in Deutschland (Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, Ärzten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Journalisten etc.) an verschiedenen Anti-Stigma Aktionen.

### **I.5.1 Ziele, Aufgaben und Projekte der BASTA**

In Anlehnung an die Zielsetzung der weltweiten WPA-Kampagne ließen sich folgende Schwerpunkte für die Arbeit der BASTA formulieren:

- Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Krankheiten durch lokale und überregionale Veranstaltungen und Medienarbeit.
- Aktive Einflussnahme auf Einstellungen und Verhalten definierter Zielgruppen in Form von speziell entwickelten Projekten (z.B. Schüler und Polizeibeamte).
- Proteste gegen Diskriminierungen mit Hilfe eines internetbasierten Stigma-Alarm Netzwerks (SANE) organisieren und sie dadurch stoppen.
- Initiation von Begegnungen der Bevölkerung mit psychisch erkrankten Menschen, um Vorurteile abzubauen und Diskriminierungen zu verhindern.

Im Sinne einer primären Prävention soll im Rahmen eines Schulprojektes die Ausbildung von Stereotypen und Vorurteilen verhindert werden. Als sekundäre Prävention betreibt die Aktionsgruppe Aufklärungsarbeit für die Allgemeinbevölkerung mittels Plakataktionen, Benefiz- und Informationsveranstaltungen (u.a.) und unterstützt Journalisten bei Recherchen zu psychiatrisch orientierten Themen. Zu einer Art sekundärer Prävention soll auch ein Seminar zur Sensibilisierung von Polizeibeamten beitragen, die häufig in konfliktreichen und schwierigen Situationen Kontakt mit Betroffenen und deren Angehörigen haben.

Zur Organisation aktiver Protestarbeit betreibt BASTA ein internetbasiertes Stigma-Alarm Netzwerk (SANE), das als schnelles und einfaches Medium zur Aufdeckung und Bekämpfung

von Stigmatisierungsfällen dient. Bearbeitet werden beispielsweise reißerische Falschdarstellungen in den Medien oder stigmatisierende Werbemaßnahmen von Firmen.

Die beiden zielgruppenorientierten Anti-Stigma Projekte für Polizeibeamte und SchülerInnen waren Gegenstand des empirischen Anteils der vorliegenden Promotionsarbeit.

Polizeibeamte wurden früher bereits für Anti-Stigma Interventionen als Zielgruppe ausgewählt und die Ergebnisse in Publikationen beschrieben. So wählte Pinfold et al. <sup>(47/S.338)</sup> Polizeibeamte als Zielgruppe, da diese berufsbedingt häufig Kontakt mit akut psychisch kranken Menschen haben, gleichzeitig aber wenig Ausbildung bezüglich psychiatrischer Krankheiten erhalten. Laut Pinfold wurde dies in mehreren Berichten und Studien beschrieben <sup>(14/S.100,33/S.629)</sup>. Weiterhin berichteten Patch und Arrigo <sup>(43/S.24)</sup> über „Rekordzahlen“ an Kontakten von Beamten mit psychisch Kranken, wofür als vorrangige Ursache die Deinstitutionalisierung in den 70er und 80er Jahren verantwortlich gemacht wurde. Ein weiterer Aspekt ist die speziell bei Polizeibeamten beschriebene negative Einstellung gegenüber psychisch Kranken <sup>(24/S.112)</sup>. Godschalx et al. berichteten 1984 über das Vorurteil der „Unberechenbarkeit“, das als Ursache für diese negativen Einstellungen eingeschätzt und einem Informationsdefizit auf dem Gebiet der psychischen Krankheiten zugeschrieben wurde. Zusätzliche Studien zeigten, dass viele Polizeibeamte von den psychisch Erkrankten, auf die sie im Dienstalltag treffen, ein gewalttätiges und abnormes Verhalten erwarten <sup>(22/S.665)</sup>. Wieder andere Untersuchungen beschrieben das Verhalten von jungen Beamten gegenüber psychisch Erkrankten sogar als „grob“ <sup>(22/S.665)</sup>. Polizeibeamte erscheinen deshalb als wichtige Zielgruppe für ein Seminar zur Sensibilisierung gegenüber psychisch Kranken. Außerdem sind bislang keine Untersuchungen an Polizisten zu diesem Thema innerhalb des deutschsprachigen Raumes veröffentlicht worden.

Auch SchülerInnen und Jugendliche waren schon häufig die Zielgruppe destigmatisierender Interventionen <sup>(8/S.402,16/S.469,39/S.340,41/S.215,46/S.1102,48/S.342,49/S.1022,54/S.142,61/S.253)</sup>. Das überzeugendste Argument für diese Zielgruppe liegt in der noch geringen Ausprägung der Vorurteile bei jungen Menschen, sodass ein Anti-Stigma Projekt im doppelten Sinne „präventiv“ wirken kann. Zum einen kann negativen Einstellungen entgegenwirkt werden, schon bevor sie entstehen und zum anderen sind Jugendliche „potentielle Patienten von morgen“, bei denen durch Aufklärung und Information eine Früherkennung psychischer Krankheiten gefördert werden kann. Da Einstellungen im Wesentlichen in der Jugend geformt werden, erscheint es sinnvoll, mit der Information über psychische Krankheiten bereits in der Schule zu beginnen <sup>(39/S.345)</sup>.

Um die weiter unten näher beschriebenen Pilotprojekte zu entwickeln, zu planen und durchzuführen, konnte der Kontakt zu Betroffenen und Angehörigen im Rahmen der BASTA genutzt werden. In beiden Projekten sollten bereits bekannte Maßnahmen und Strategien umgesetzt und neue Ideen zur Entstigmatisierung verwirklicht werden. Die Ergebnisse der Pilotreihen werden unter II.3 und II.4 vorgestellt und diskutiert.

## I.6 Fragestellung

Da das Problem der Stigmatisierung im Bereich Psychiatrie bekannt und ausreichend untersucht ist, soll in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf die Anti-Stigma Projekte gelegt werden, die zu einem Abbau bzw. einer Reduktion dieser Stigmatisierung führen. Diese Promotionsarbeit ist eine Bestandsaufnahme und Analyse von bereits durchgeführten Anti-Stigma Interventionen. Aufbauend auf den dabei gewonnen Erkenntnissen sollten für die Zielgruppen SchülerInnen bzw. Polizeibeamte Interventionsstrategien entwickelt und in Pilotstudien erprobt werden.

Im Detail wurden folgende Fragen untersucht:

- Welche Publikationen zum Thema „zielgruppenorientierte Anti-Stigma Projekte“ sind verfügbar und welche Ergebnisse wurden darin präsentiert?
- Welche zielgruppenorientierten Anti-Stigma Projekte und Aktionen werden weltweit von Gruppierungen durchgeführt? Werden diese Interventionen evaluiert und wenn ja, welche Resultate können verzeichnet werden und wurden diese publiziert?
- Ist ein Seminar „Sensibilisierung gegenüber psychisch Erkrankten“ bei Polizeibeamten erfolgversprechend und wird ein solches Seminar von den Beamten befürwortet?
- Lässt sich bei SchülerInnen eine Einstellungsveränderung und Wissenserweiterung bezüglich psychischer Krankheiten und psychisch Erkrankten durch ein Anti-Stigma Lernpaket bewirken? Wenn ja, sind diese Veränderungen anhaltend?

## II Material, Methoden und Ergebnisse

Um die einzelnen Methoden und Ergebnisse zu den vier Hauptkapiteln in dieser Arbeit (II.1 – II.4) besser überblicken zu können, wurden jeweils Methoden und Ergebnisse eines Hauptkapitels zusammenhängend dargestellt.

### II.1 Literaturübersicht zielgruppenorientierter Anti-Stigma Projekte

Seit einigen Jahren werden Untersuchungen zur Einstellung der Allgemeinbevölkerung und unterschiedlichster Gruppierungen gegenüber psychiatrischen Patienten bzw. Schizophrenie Kranker in verschiedenen Varianten vorgestellt. In diversen Publikationen konnten Ergebnisse über diese Untersuchungen veröffentlicht werden <sup>(29/S.39,30/S.77,45/S.437,57/S.245)</sup>. Dass Psychiatrie Erfahrene sowohl in westlichen als auch östlichen Gesellschaften stigmatisiert werden <sup>(19/S.278,44/S.269)</sup> ist hinreichend bekannt. Weiterhin wurde berichtet, dass Sie in vielen Lebensbereichen unter den negativen Effekten des Stigmas leiden, wie beispielsweise den reduzierten Möglichkeiten bei der Wohnungs- und Arbeitsuche <sup>(42/S.89)</sup>, sowie der Belastung durch vermehrt depressive Symptome <sup>(36/S.155)</sup>.

Vorurteile in verschiedenen Bevölkerungsschichten und Kulturkreisen wurden ausführlich untersucht, weshalb an dieser Stelle ein Schwerpunkt auf Projekte gelegt werden soll, die Interventionen zum Abbau dieser Vorurteile beinhalten. Im Folgenden wird die Literaturrecherche nach Anti-Stigma Projekten beschrieben.

#### II.1.1 Material und Methodik

Die Literaturrecherche wurde anhand der in Tabelle 20 (im Anhang) genannten Suchwörter („key words“) in der Suchmaschine „Pubmed von Medline“ durchgeführt. Zusätzlich wurde nach Arbeiten bekannter Autoren dieses Interessensgebietes recherchiert. Die Namen der in diese Suche eingeschlossenen Autoren wurden dem Band für „Abstracts“ des ersten internationalen Anti-Stigma Kongresses („Together against Stigma“) in Leipzig vom 2. bis 4. September 2001 entnommen. Die Auswahl der Autoren erfolgte anhand ihrer „Abstracts“, in denen von vergangenen Interventionen bzw. von zukünftig geplanten Projekten berichtet wurde. Bekannte Autoren von Anti-Stigma Aktionen wurden ebenfalls in die Literaturrecherche integriert.

Sofern ein zielgruppenorientiertes Projekt (Definition s.u.) durch obig genannte „key words“ gefunden wurde, erfolgte eine weiterführende Suche in der Datenbank von Medline mit der dafür vorgesehenen Schaltfläche „related links“.



Die in den recherchierten Publikationen aufgelistete Sekundärliteratur über Anti-Stigma Projekte wurde zusätzlich in die Literaturübersicht aufgenommen. Zu den Suchergebnissen wurden die Publikationen der eigenen weltweiten Umfrage nach Anti-Stigma Projekten (siehe II.2 Weltweite Recherche bei WHO, WPA, nationalen Psychiatriegesellschaften u.a.) hinzugefügt.

## II.1.2 Ergebnisse

Insgesamt wurden mit dem beschriebenen Verfahren 722 Veröffentlichungen in „Pubmed von Medline“ angezeigt, wovon 38 als zielgruppenorientierte Anti-Stigma Projekte bzw. Interventionen identifiziert werden konnten.

Folgende Kriterien mussten für eine Aufnahme in die Literaturübersicht erfüllt sein: Es wurde (a) eine klar umschriebene Zielgruppe genannt, (b) es wurde eine Intervention beschrieben, die auf eine Einstellungsverbesserung (o.ä.) der Zielgruppe gegenüber psychisch Erkrankten abzielte, (c) das Projekt wurde evaluiert, die Ergebnisse dargestellt und (d) die Publikation wurde in englisch- oder deutschsprachigen Zeitschriften veröffentlicht, welche in „Pubmed von Medline“, der Bayerischen Staatsbibliothek München oder Online-Datenbanken als Volltext verfügbar waren.

Ausgeschlossen wurden Publikationen, die sich mit Einstellungsuntersuchungen im Sinne von Meinungsumfragen beschäftigten bzw. die vor 1975 veröffentlicht worden waren.

Eine Übersicht der eingeschlossenen Anti-Stigma Projekte zeigt die alphabetisch geordnete Tabelle 1. Darin werden die Ziel-, Vergleichs- und Kontrollgruppen sowie deren Fallzahlen genannt. Die unterschiedlichen Evaluationsdesigns und deren Evaluationsinhalte (Interessensbereiche der Fragebögen) werden kurz aufgeführt. Außerdem wird dargestellt, ob das Projekt eine „Begegnung mit Psychiatrie Erfahrenen“ beinhaltet oder nicht.

Eine Zusammenfassung der einzelnen Ergebnisse könnte aufgrund der heterogenen Daten nicht ohne wesentliche Informationsverluste sowie einer Verfälschung der Resultate erfolgen, weshalb die Autorin an dieser Stelle auf die entsprechenden Originalveröffentlichungen verweist.

Weitere Erläuterungen und Details (zu Ziel-, Vergleichs- bzw. Kontrollgruppen und Messinstrumenten/Skalen), Ergänzungen zur Legende sowie Auszüge der Ergebnisse, der in Tabelle 1 aufgeführten Publikationen, können in der Tabelle 21 im Anhang nachgelesen werden.

Folgende Seiten im Querformat:

**Tabelle 1: publizierte Anti-Stigma Projekte mit deren Ziel-, Vergleichs- und Kontrollgruppen, Evaluationsschemata und –inhalte (alphabetisch geordnet)**

<b>Autor/Jahr<sup>A</sup></b> <b>(Journal)</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Kontrollgruppe Vergleichsgruppe (N=x)</b>	<b>Beg. mit PE<sup>B</sup></b>	<b>T<sub>0</sub></b>	<b>T<sub>1</sub></b>	<b>T<sub>2</sub></b>	<b>Evaluationsinhalte</b>
Arkar/1997 (Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol)	MedizinstudentInnen (=ZG <sup>1</sup> )	N=75	Kontrollgruppe (=KG <sup>2</sup> ); (N=60)	X	X	X		psychiatrisches Hintergrundwissen, Krankheitszeichen, Belastungen, s.D., demographische Daten
Baumann/2003 (Psychiatr Prax)	Allgemeinbevölkerung & Öffentlichkeit (ZG <sup>3</sup> )	N=113		X	X	X		psychiatrisches Hintergrundwissen, s.D., Stereotype <sup>#</sup> , Kontakt zu PE
Bock/2003 (Psychiatr Prax)	SchülerInnen (=ZG)	N=1400		X		X		Beobachtung der SchülerInnen, Lehrer, Akteure
Brunton/1997 (J Adv Nurs)	Allgemeinbevölkerung & Öffentlichkeit (=ZG <sup>4</sup> )	N=250	Kontrollgruppe (=KG <sup>5</sup> )	X	X	X		Einstellungen und Meinungen zu PE, Fragen zur Versorgungseinrichtung
Burra/1982 (Med Educ)	Medizinstudenten im letzten Studienjahr (=ZG <sup>6</sup> )	N=238	Vergleichsgruppe (=VG <sup>7</sup> ); (N=51) Kontrollgruppe (=KG <sup>8</sup> ); (N=52)	X	X	X		Einstellungen zu psychiatrischen Themen
Callaghan/1997 (J Adv Nurs)	Schwesternschülerinnen (=ZG <sup>9</sup> )	N=47	Kontrollgruppe (=KG <sup>10</sup> ); (N=45)	X		X		Einstellungen zu PE, Kontakt zu PE, demographische Daten

Autor/Jahr <sup>A</sup> (Journal)	Zielgruppe	Fallzahl	Kontrollgruppe Vergleichsgruppe (N=x)	Beg. mit PE <sup>B</sup>	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	Evaluationsinhalte
Corrigan/2001 (Schizophr Bull)	Studenten (Erwachsenenbildungs- stätte) (=ZG <sup>11</sup> ); (Ø 25,7 J.)	N=152*	2 Vergleichs- gruppen (VG <sup>12</sup> und VG <sup>13</sup> ); Kontrollgruppe (KG <sup>14</sup> )	X	X	X		Stereotype <sup>#</sup> , Eigenschaften von PE, „Life Story Memory Test“, Evaluation der Unterrichtseinheit, demographische Daten
Corrigan/2002 (Schizophr Bull)	Studenten (Erwachsenenbildungs- stätte) (=ZG <sup>15</sup> )	N=213*	Vergleichsgruppen (VG <sup>16</sup> , VG <sup>17</sup> , VG <sup>18</sup> ) Kontrollgruppe (=KG <sup>19</sup> )	Nein	X	X	X	Einstellungen zu psychiatrischen Krankheiten, s.D., „Spenden“-Test“, demographische Daten
Desforges/1991 (J Pers Soc Psychol)	Studenten (=ZG <sup>20</sup> )	N=33	Vergleichsgruppe (VG <sup>21</sup> ); (N=31) Kontrollgruppe (KG <sup>22</sup> ); (N=31)	X	X	X		Einstellungen zu PE und „Spielraum“ des eigenen Verhaltens, Stereotype <sup>#</sup> , Kontakt zu PE, demographische Daten
Drolen/1993 (Community Ment Health J)	Studenten der Sozialpädagogik (=ZG <sup>23</sup> )	N=34	Vergleichsgruppe (=VG <sup>24</sup> ); (N=31)	X	X	X		Meinungen über psychiatrische Krankheiten, Fragen zum Gesundheitssystem und demographischen Daten
Esters/1998 (Adolescence)	SchülerInnen (=ZG); (Ø 14,7 J.)	N=20	Kontrollgruppe (=KG); (N=20)	Nein	X	X	X	Meinungen über psychiatrische Krankheiten, Einstellung zur „Suche nach psychologischer Hilfe“
Godschalx/1984 (Res Nurs Health)	Polizeibeamte (=ZG)	N=27	Kontrollgruppe (=KG); (N=33)	Nein	X	X	X	psychiatrisches Hintergrundwissen, Einstellungen zu psychiatrischen Krankheiten, Fragen zur Seminarqualität

Autor/Jahr <sup>A</sup> (Journal)	Zielgruppe	Fallzahl	Kontrollgruppe Vergleichsgruppe (N=x)	Beg. mit PE <sup>B</sup>	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	Evaluationsinhalte
Holmes/1999 (Schizophr Bull)	Allgemeinbevölkerung & Öffentlichkeit (ZG <sup>25</sup> )	N=35	Vergleichsgruppe (VG <sup>26</sup> ); (N=48)	X	X	X		Meinungen über psychiatrische Krankheiten, psychiatrisches Hintergrundwissen, Kontakt zu PE, demographische Daten
Jaffe/1979 (Br J Med Psychol)	SchwesternschülerInnen (=ZG <sup>27</sup> )	N=23	Vergleichsgruppe (VG <sup>28</sup> ); (N=23) Kontrollgruppe (KG <sup>29</sup> ); (N=23)	X	X	X		Meinungen über psychiatrische Krankheiten, Stereotype <sup>#</sup>
Janus/1980 (Am J Psychiatry)	Polizeibeamte (=ZG)	N=80	Kontrollgruppe (=KG); (N=80)	Nein		X		Beschreibung einer „Filmvignette“ (Auswertung der Beschreibungen durch Mediziner), demographische Daten
Keane/1990 (Academic Psychiatry)	MedizinstudentInnen (=ZG)	N=46		X	X	X		Meinungen über psychiatrische Krankheiten, psychologischer Stress, demographische Daten
Malla/1987 (Int J Soc Psychiatry)	Schwesternschülerinnen (=ZG <sup>30</sup> ); (Ø 22,5 J.)	N=37	Kontrollgruppe (=KG <sup>31</sup> ); (N=34)	X		X		Ätiologie psychiatrischer Krankheiten, psychiatrisches Hintergrundwissen, Einstellungen zu psychiatrischen Krankheiten, s.D., demographische Daten
McLaughlin/ 1997 (J Adv Nurs)	Schwesternschülerinnen (=ZG)	N=72		X	X	X*	X**	Einstellungen zu psychiatrischen Krankheiten, Arbeitsplatz in der Psychiatrie, Einschätzung eigener klinischer Erfahrung, demographische Daten
Meise/2000 (Psychiatr Prax)	SchülerInnen (=ZG <sup>32</sup> ); (16-19 J.)	N=57	Vergleichsgruppe (=VG <sup>33</sup> ); (N=57)	X	X	X		Fragen zu emotionaler Reaktion und kognitiv- affektiven Eigenschaften bzgl. einer Fallvignette, s.D.

<b>Autor/Jahr<sup>A</sup> (Journal)</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Kontrollgruppe Vergleichsgruppe (N=x)</b>	<b>Beg. mit PE<sup>B</sup></b>	<b>T0</b>	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>Evaluationsinhalte</b>
Mino/2000 (Acta Med Okayama)	MedizinstudentInnen (=ZG)	N=69		X	X*	X**		s.D., Einstellungen zu psychiatrischer Versorgung, Behandlungsmöglichkeiten, Krankheitszeichen, Ursachen, Menschenrechte u.v.m.)
Mino/2001 (Psychiatry Clin Neurosci)	Medizinstudenten im 1. Studienjahr (=ZG)	N=95	Kontrollgruppe (=KG); (N=94)	Nein	X	X		Einstellungen zu psychiatrischen Krankheiten und PE, s.D.
Morrison/1980 (Am J Community Psychol)	StudentInnen (med. Soziologie) (=ZG); (Ø 23,3 J.)	N=38		Nein	X	X	X	Stereotype <sup>#</sup>
Napoletano/ 1981 (Psychol Rep)	Schwesternschülerinnen (=ZG); (Ø 30,5 J.)	N=16	Kontrollgruppe (=KG); (N=16)	X	X	X		Meinungen über psychiatrische Krankheiten, Interventionseffektivität
Ng/2002 (Int J Adolesc Med Health)	SchülerInnen (=ZG); (13 - 21 J.)	N=79	Kontrollgruppe (=KG); (N=90)	X	X	X	X*	Meinungen über psychiatrische Krankheiten
Paykel/1998 (Br J Psychiatry)	Allgemeinbevölkerung & Öffentlichkeit (=ZG)	N=2000*		Nein	X*	X**		Hintergrundwissen und Einstellungen zur Depression, Einstellungen zur Depressionsbehandlung, Einstellungen zu Allgemeinmedizinern

Autor/Jahr <sup>A</sup> (Journal)	Zielgruppe	Fallzahl	Kontrollgruppe Vergleichsgruppe (N=x)	Beg. mit PE <sup>B</sup>	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>2</sub>	Evaluationsinhalte
Petchers/1988 (Hosp Community Psychiatry)	SchülerInnen (=ZG); (Ø 17 J.)	N=46	Kontrollgruppe (=KG);(N=56)	Nein		X		Einstellungen und Hintergrundwissen bzgl. geistiger Gesundheit und Krankheit, Fragen zu Video
Pinfold/2003 (Br J Psychiatry)	SchülerInnen (=ZG <sup>34</sup> ); (14-15 J.)	N=472	Vergleichsgruppe (=VG <sup>35</sup> )	X	X	X*	X**	psychiatrisches Hintergrundwissen, Einstellungen zu PE, s.D., Intervention, Kontakt zu PE, demographische Daten
Pinfold/2003 (Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol)	Polizeibeamte (=ZG)	N=109		X	X	X		Einstellungen zu psychiatrischen Krankheiten, s.D., psychiatrisches Hintergrundwissen, Stereotype <sup>#</sup> , Workshopqualität
Rahman/1998 (Lancet)	SchülerInnen (=ZG) (12 – 16 J.)  Vergleichsgruppen der ZG (VG <sup>36</sup> ; VG <sup>37</sup> ; VG <sup>38</sup> ); (N <sub>ges</sub> =150)	N=50	Kontrollgruppe (=KG); (N=50)  Vergleichsgruppen der KG (VG <sup>39</sup> ; VG <sup>40</sup> , VG <sup>41</sup> )	Nein	X	X		Psychiatrisches Hintergrundwissen, Einstellungen zu psychiatrischen Krankheiten
Read/1999 (Int J Soc Psychiatry)	Psychologiestudenten (=ZG); (Ø 20,6 J.)	N=126		Nein	X	X		Einstellungen zu psychiatrischen Krankheiten, Meinungen zur Ätiologie, Kontakt zu PE, demographische Daten
Rössler/1996 (Nervenarzt)	MedizinstudentInnen (=ZG <sup>42</sup> ); (Ø 25,3 J.)	N=72		X	X	X		Stereotype <sup>#</sup> , s.D., demographische Daten

<b>Autor/Jahr<sup>A</sup></b> <b>(Journal)</b>	<b>Zielgruppe</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Kontrollgruppe Vergleichsgruppe (N=x)</b>	<b>Beg. mit PE<sup>B</sup></b>	<b>T<sub>0</sub></b>	<b>T<sub>1</sub></b>	<b>T<sub>2</sub></b>	<b>Evaluationsinhalte</b>
Schulze/2003 (Acta Psychiatr Scand)	SchülerInnen (=ZG); (14–18 J.)	N=90	Kontrollgruppe (=KG); (N=60)	X	X	X	X	Stereotype <sup>#</sup> , s.D., demographische Daten
Shera/1996 (Community Ment Health J)	Studenten der Sozialpädagogik (=ZG)	N=46	Kontrollgruppe (=KG); (N=13)	X	X	X		Einstellungen zu PE
Singh/1998 (Med Educ)	MedizinstudentInnen (=ZG)	N=65	Kontrollgruppe (=KG), (N=45)	X <sup>*</sup>	X	X		Einstellungen zu psychiatrischen Krankheiten, zur Psychiatrie u.a.
Teese/1975 (Community Ment Health J)	Polizeibeamte (=ZG)	N=10		Nein	X	X	X <sup>*</sup>	psychiatrisches Hintergrundwissen, Einstellungen zu PE
Tolomiczenko/ 2001 (Can J Psychiatry)	SchülerInnen (=ZG <sup>43</sup> )	N=186	Vergleichsgruppe (=VG <sup>44</sup> ); (N=214)  Kontrollgruppe (=KG); (N=175)	X		X		Fragen zum Thema Obdachlosigkeit und Psychiatrischen Krankheiten
Wilkinson/1982 (J Adv Nurs)	SchwesternschülerInnen (=ZG)	N=6	Kontrollgruppe (=KG); (N=5)	X	X	X		Fragen zu zwölf „Fallvignetten“
Wolff/1996 (Br J Psychiatry)	Allgemeinbevölkerung & Öffentlichkeit (=ZG <sup>45</sup> )	N=102	Kontrollgruppe (=KG <sup>46</sup> ); (N=113)	X <sup>*</sup>	X	X <sup>**</sup>		psychiatrisches Hintergrundwissen, Einstellungen zu psychiatrischen Krankheiten und PE, demographische Daten



Legende und Abkürzungsverzeichnis (gültig für die gesamte Liste und die Tabelle 21 im Anhang):

**Jahr<sup>A</sup>** = Erscheinungsjahr; **Beg. mit PE<sup>B</sup>** = Begegnung mit Psychiatrie Erfahrenen; PE = Psychiatrie Erfahrene/psychiatrische Patienten; **T<sub>0</sub>** = präinterventionelle Evaluation; **T<sub>1</sub>** = postinterventionelle Evaluation; **T<sub>2</sub>** = postinterventionelle Evaluation nach einem oder mehr Monaten; ZG = Zielgruppe; VG = Vergleichsgruppe (andere Intervention als die untersuchte Anti-Stigma Intervention); KG = Kontrollgruppe (wird in keiner Form in die Intervention eingeschlossen); FB = Fragebogen; FB\* = vom Autor entwickelter Fragebogen; Stereotype<sup>#</sup> = Stereotype gegenüber psychischen Krankheiten bzw. PE; s.D. = soziale Distanz zu PE; **Vb** = Verbesserung; **Vs** = Verschlechterung;

### **II.1.2.1 Zwei Beispiele der Literaturrecherche**

Im Folgenden werden zwei Interventionen aus oben genannten Beispielen herausgegriffen und im Detail besprochen. Am Interessantesten erscheinen Projekte mit ausgeprägten Einstellungsverbesserungen bzw. –verschlechterungen. Deshalb fiel die Wahl auf eine deutsche Studie <sup>(6)</sup> mit Zeichen der „Einstellungsverschlechterung“ sowie auf eine methodisch bemerkenswerte Arbeit aus Pakistan <sup>(49)</sup>, welche zu einer „Einstellungsverbesserung“ führte.

Baumann et al. <sup>(6)</sup> veröffentlichten eine Intervention für die Allgemeinbevölkerung, in welcher Auswirkungen eines Spielfilms auf Wissen, Einstellungen und soziale Distanz gegenüber Schizophreniekranken vorgestellt wurden. Im Kinofilm „Das weisse Rauschen“ wird die Geschichte eines jungen Mannes erzählt, der nach Drogenkonsum an paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie erkrankt. Im Vordergrund des Films steht das akute psychotische Erleben des Protagonisten, das auch durch den Einsatz spezieller technischer Mittel eindringlich dargestellt wird. Anfang des Jahres 2002 wurde dieser Film in einem Düsseldorfer Kino - mit anschließender Podiumsdiskussion - vor 200 Zuschauern uraufgeführt. 113 Zuschauer konnten in die Auswertung eingehen. Die Datenerhebung erfolgte über einen Fragebogen, der direkt vor und nach der Aufführung an das Publikum ausgeteilt wurde. Die Evaluation erfasste demographische Daten, Informationen zu vorausgegangenem Kontakt des Teilnehmers mit schizophren erkrankten Menschen, sowie Fragen zu „stereotypen Einstellungen“, „Wissen“ und „sozialer Distanz gegenüber Schizophreniekranken“. Die letztgenannten beiden Skalen wurden bereits von Projektpartnern des Anti-Stigma Programms der WPA „open the doors“ in Kanada eingesetzt und die Skala „stereotype Einstellungen“ wurde in Anlehnung an einen Schweizer Fragebogen entwickelt (Literaturhinweis: Lauber C. et al., 2000).

Die statistische Auswertung zeigte eine deutliche Beeinflussung des Spielfilms „Das weisse Rauschen“ in allen drei Skalen: die Diskrepanz auf der Wissensskala zwischen den Auffassungen über Schizophrenie im Publikum und nach Expertenurteil vergrößerte sich ( $p < 0,05$  bei 6 der 10 Items), negative Stereotype wurden verstärkt (keine Angabe des

Signifikanzniveaus) und auch die soziale Distanz gegenüber Personen mit der Diagnose Schizophrenie vergrößerte sich (keine Angabe des Signifikanzniveaus).

In der Schlussfolgerung fasste die Autorin die Resultate zusammen und kam zu dem Schluss, dass der Film ungünstige Auswirkungen auf die Einstellungen gegenüber schizophren erkrankten Menschen hatte. Es zeigte sich, dass Veranstaltungen wie dieser Filmabend in erster Linie ein Publikum ansprechen, das bereits für das Thema Schizophrenie sensibilisiert ist (58% des Publikums hatten bereits Kontakt mit schizophreniekranken Menschen) und dass die Wirkung des Films nicht in die Richtung geht, wie sie im Sinne einer Reduktion der Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter wünschenswert wäre. Eine positivere Wirkung könnte vermutlich erzielt werden, wenn die Darstellung mehr auf Themen der Lebensbewältigung nach der psychotischen Krise bzw. Perspektiven der Wiedereingliederung und Rehabilitation ausgerichtet wäre. Zu diskutieren bleibt dann allerdings, ob solche Themen in Spielfilmen umsetzbar sind und an ein breites Publikum adressiert werden können.

Rahman et al. <sup>(49)</sup> veröffentlichte 1998 Ergebnisse einer kontrolliert-randomisierten Studie, die in Rawalpindi/Pakistan durchgeführt wurde. Bereits 1986 startete dort ein „Mental Health Programme“, durch das Ärzte in Diagnostik und Therapie psychischer Krankheiten trainiert wurden und sozialpsychiatrische Einrichtungen geschaffen werden konnten. Die Anzahl behandelter oder hilfesuchender Betroffener stieg in Folge dessen allerdings nicht wesentlich an. Daraufhin wurde ein Schulprojekt entwickelt, mit dem Ziel sowohl die Aufmerksamkeit und das Wissen gegenüber psychischen Erkrankungen zu erhöhen, als auch Vorurteile über und Einstellungen von psychisch Kranken zu verbessern. Mit dieser Intervention sollten nicht nur SchülerInnen sondern auch deren soziales Umfeld erreicht und evaluiert werden.

Vier Schulen wurden nach bestimmten Kriterien ausgewählt und noch vor einem ersten Besuch randomisiert und entweder in Ziel- oder Kontrollgruppe zugewiesen. Es konnten 50 SchülerInnen sowohl in die Zielgruppe als auch in die Kontrollgruppe aufgenommen werden. Des Weiteren wurden pro SchülerIn aus beiden Gruppen jeweils ein Elternteil, ein/e FreundIn und ein/e NachbarIn (welche allesamt nicht „direkt“ am Schulprojekt teilnahmen) in die Untersuchung eingeschlossen. Die Intervention umfasste ein viermonatiges Programm, das Folgendes beinhaltete:

- kurze Unterrichtseinheiten für LehrerInnen bzgl. gängiger psychiatrischer Krankheitsbilder,
- die Vorgabe der Themenwahl in bestimmten Unterrichtsstunden (z.B. in Aufsätzen, bei der jährlichen Ansprache, bei Malwettkämpfen, in Theateraufführungen u.a.) die in Zusammenarbeit mit dem „Mental Health Programme“-Team (einem Psychiater, einem Psychologen und einem Sozialarbeiter) geplant und durchgeführt wurden,
- Plakataktionen zum Thema psychische Krankheiten und
- täglich kurze Vorträge der Lehrer.

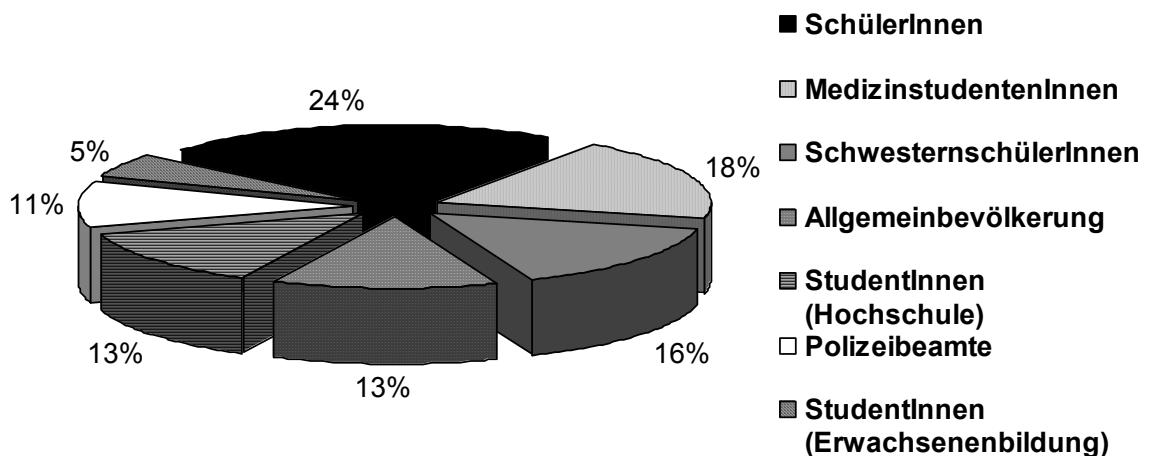
Die Datenerhebung erfolgte über einen eigens dafür erstellten Fragebogen aus 19 Items, bestehend aus fünf Fragen zu allgemeinen „Gesundheitsfragen“ und 14 Wissens- und Einstellungsfragen zu psychiatrischen Patienten und Krankheiten. Die Evaluation erfolgte vor und nach der Intervention und wurde an alle Ziel- und Kontrollgruppen ausgegeben.

In der Datenanalyse wurde deutlich, dass die Teilnehmer der Zielgruppe, also SchülerInnen, Eltern, Freunde und Nachbarn im Vergleich mit der Kontrollgruppe eine hochsignifikante Verbesserung zeigten. Die SchülerInnen steigerten ihre Resultate von der prä- zur postinterventionellen Untersuchung um 90% bei 13 von 19 Items. Die Kontrollgruppe konnte erwartungsgemäß nur unwesentliche Verbesserungen aufweisen.

Zusammenfassend stellte der Autor fest, dass die Intervention den gewünschten Erfolg erzielt hatte, und zwar nicht nur bei den jungen Menschen der Zielgruppe sondern durch sie auch in deren sozialem Umfeld. Schlussfolgernd regt er dazu an, Schulprojekte in Zusammenarbeit mit Pädagogen und psychiatrischen Versorgungseinrichtungen näher in Betracht zu ziehen, sofern es auf den Sektoren Wissenserweiterung und Einstellungsverbesserung Bedarf geben sollte.

### II.1.2.2 Zielgruppen der Interventionen

Innerhalb der 38 Interventionen wurden sieben verschiedene Zielgruppen genannt (vgl. Abbildung 1). Die Anti-Stigma Projekte waren jeweils genau einer Zielgruppe zugeordnet.



**Abbildung 1:** Häufigkeitsverteilung der Zielgruppen innerhalb der publizierten Anti-Stigma Projekte

Die „Begegnungen der Zielgruppe mit psychisch erkrankten Menschen“ wurde in 27 (71%) von 38 Projekten beschrieben.

### II.1.2.3 Messinstrumente und Skalen

Interessant erschien weiterhin die Betrachtung der zur Projektevaluation verwendeten Skalen und Messinstrumente. In den 39 genannten Projekten wurden insgesamt 83 unterschiedliche Fragebögen verwendet. Nur wenige Skalen (N=20) wurden in validierter und getesteter Originalfassung eingesetzt.

Die folgende Übersicht (siehe Tabelle 2) fasst die Messinstrumente in Originalfassung zusammen, nennt kurz deren Evaluationsinhalt (z.B. soziale Distanz) und wie häufig diese insgesamt in den beschriebenen Anti-Stigma Projekten benutzt wurden.

**Tabelle 2: Liste der Messinstrumente in Originalfassung mit Evaluationsinhalten und Literaturangaben**

Fragebogen	Literaturstelle	Evaluationsinhalt	Benutzungsfrequenz
AMI-Skala (= "Attitudes to Mental Illness")	Weller L & Grunes S, 1988	Einstellungen zu psychischen Krankheiten	1
ATP 30-Skala (= „Attitude to Psychiatry“)	Burra P, 1982	Einstellungen zu psychischen Krankheiten, Psychiatrie u.a.	2
Bogardus-Skala	Link BG, 1987	Soziale Distanz	1
CAMI-Skala (= „Community Attitudes to the Mentally Ill“)	Taylor MS & Dear MJ, 1981	Einstellungen zu psychischen Krankheiten	1
FTAS-Skala (= "Fischer-Turner- Pro-Con Attitude Scale")	Fischer EH & Turner JL, 1970	Einstellung zur Suche nach psychologischer Hilfe	1
Life Story Memory Test	Macrae CN, 1994	Einstellungen zu psychisch Erkrankten	1
MHLO-Skala (= „Mental Health Locus of Origin“)	Hill DJ & Bale RM, 1980	Meinungen zur Ätiologie psychischer Krankheiten	1
OMI-Skala (= "Opinions about Mental Illness") nach Creech	Creech S, 1977	Meinungen über psychische Krankheiten	1
OMI-Skala (= "Opinions about Mental Illness")	Cohen J, 1962	Meinungen über psychische Krankheiten	4
OMI-Skala (= „Opinion about Mental Illness“) nach Struening	Struening EL & Cohen J, 1963	Meinungen über psychische Krankheiten	1
OMICC-Skala (= „Opinions about Mental Illness in Chinese Community“)	Chu L, 1996	Meinungen über psychische Krankheiten	1
SCAM-Skala (= S-C Attitude Measure“)	Shera W, 1996	Einstellungen zu psychischen Krankheiten	1

Fragebogen	Literaturstelle	Evaluationsinhalt	Benutzungsfrequenz
SCL 90 R-Skala (= „Derogatis Symptom Checklist“)	Derogatis L, 1977	Psychologischer Stress	1
SDS-Skala (=Social Distance Scale)	Corrigan PW, 2001	Soziale Distanz	1
SIMP-Skala (= Stereotyped Image of the Mental Patient Questionnaire)	Nunnally JC, 1961	Stereotype und Meinungen über psychische Krankheiten	1
Skala von Morrison	Morrison JK, 1977	Stereotype gegenüber psychisch Erkrankten	1
Skala von Munakata	Munakata K, 1980	Einstellungen zu psychischen Krankheiten	1
Skala von Osgood	Osgood CE, 1957	Einstellungen zu psychischen Krankheiten	1
Skala von Yuker	Yuker H, 1960	Einstellungen zu psychischen Krankheiten	1
WPA-Programm-Skala	Stuart H, 2001	1. Soziale Distanz 2. Einstellungen zu psychischen Krankheiten	2

13 Fragebögen wurden von den Autoren leicht abgeändert genutzt, was in den meisten Fällen mit „Fragebogen in Anlehnung an die Skala von >Namen des Autors<“ beschrieben wurde. Grundlagen für diese modifizierten Messinstrumente waren Fragebögen von: Angermeyer MC (1997), Borinstein AM (1992), Huxley P (1993), Jackson D (1974), Lauber C (2000), Phelan J (1995), Phillips DL (1963), Reizenzein RA (1986), Taylor M & Dear M (1981), Wada S (1984), Weiner B (1988) und Skalen aus dem WPA-Programm (WPA, 1998 und 2000) bzgl. Einstellungen und Wissen gegenüber psychischen Krankheiten und psychiatrischen Patienten sowie sozialer Distanz.

Die meisten Messinstrumente (N=50) für die beschriebenen Interventionen wurden von den Projektleitern neu entwickelt.

## **II.2 Weltweite Recherche nach zielgruppenorientierten Anti-Stigma Projekten**

Zusätzlich zur oben geschilderten Literaturrecherche in „Pubmed von Medline“ nach bereits publizierten Projekten im Anti-Stigma Bereich, wurde auch noch auf einem zweiten Weg nach Anti-Stigma Projekten gesucht. Hierfür wurden unterschiedliche Institutionen und Vereinigungen angeschrieben, damit auch noch unveröffentlichte bzw. nicht evaluierte Projekte in die Betrachtungen eingeschlossen werden konnten.

### **II.2.1 Material und Methodik**

Zur Datenerhebung wurde ein Fragebogen mit zehn Elementen entwickelt, der sich aus geschlossenen und offenen Fragen zusammensetzte (siehe Anlage 1/ deutsche Version). Inhaltlich wurden mit dem Fragebogen zum Einen Basisinformationen zu den einzelnen Organisationen (Standort, Name, Kontaktmöglichkeiten, Gründungsdatum, Mitarbeiteranzahl und Finanzierungsarten der Organisation/Kampagne) und zum Anderen Informationen über zielgruppenspezifische Projekte und deren Ergebnisse gesammelt.

Der ausgesandte Fragebogen wurde in deutsch und englisch verfasst und sowohl per Post an die Adressaten verschickt als auch in zweisprachiger Form als Online-Version im Internet verfügbar gemacht. Der Online-Fragebogen wurde von UFOiu Internet Service ([www.ufoiu.net](http://www.ufoiu.net)) in der Programmiersprache PHP entwickelt und auf dem firmeneigenen Webserver implementiert. Über ein Web-Frontend in Form mehrerer HTML-Formulare fand die Interaktion mit dem Benutzer statt. Ein Script fasste die Eingaben der einzelnen Formulare in einer Textdatei zusammen und kodierte die Informationen in einer EMail, welche der Autorin zugesandt wurde. Der Online-Fragebogen war für alle gängigen Browser und Betriebssysteme zugänglich und kompatibel.

Für diese Internetversion war eine Form der Zugangsbeschränkung notwendig. Alle TeilnehmerInnen erhielten deshalb im Anschreiben ein Passwort und einen Benutzernamen (antistigma = Passwort = Benutzernamen), wobei jedem Empfänger dieselben Codeworte genannt wurden. Dies war nötig, um einerseits außenstehenden Internetnutzern den Zugang zur Website zu verwehren, andererseits aber den Erstadressaten zu ermöglichen, den Fragebogen an andere ihnen bekannte Anti-Stigma Gruppen weiterzuleiten (Schneeballsystem). Im Anschreiben (siehe Anlage 2/ deutsche Version) wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Weiterleitung des Fragebogens an andere Anti-Stigma Projektzentren erwünscht ist. Zusätzlich wurde zur Motivation der Adressaten in dem Begleitschreiben angekündigt, dass eine Liste aller an der Umfrage teilnehmenden Organisationen auf der Homepage der Bayerischen Anti-Stigma Aktion veröffentlicht wird (siehe Tabelle 22 im Anhang).

Fünf unterschiedliche Kollektive wurden als Adressaten ausgewählt: die Organisationen des Anti-Stigma Programms der WPA, alle von der WPA geführten nationalen Psychiatriegesellschaften, die Teilnehmer des „World Health Day 2001: Mental Health: Stop exclusion – dare to care“ der WHO, die vortragenden TeilnehmerInnen des ersten internationalen Anti-Stigma Kongresses im September 2001 in Leipzig („Together against Stigma“) und die internationale Adressenliste der Mental Health Media (MHM) in London. MHM ist eine Wohltätigkeitsorganisation und GmbH, die auf dem Gebiet der Medien arbeitet, Vorurteile aufdeckt sowie aufklärend wirkt und Fehlinformationen und negative Stereotype im Zusammenhang mit seelischen Krankheiten korrigiert.

Von den insgesamt 701 vorliegenden Adressen konnten rund 85% zur Umfrage eingeladen werden (Tabelle 3). Die Ausfallrate war größtenteils auf das doppelte Erscheinen der Adressen in unterschiedlichen Listen und die Zugehörigkeit der einzelnen Personen zur selben Organisation oder Klinik bzw. Anti-Stigma Gruppe zurückzuführen.

**Tabelle 3: Fünf Kontaktkollektive und deren Kontaktmöglichkeiten**

Kollektiv	N	Ausschlüsse	Email-Adresse	Post-Adresse
WPA	33	0	33	0
WHO	85	27	53	5
Nationale Psychiatriegesellschaften	231	4	148	79
Anti-Stigma Kongress in Leipzig 2001	320	64	201	55
MHM	32	8	21	3
<b>Gesamt</b>	<b>701 (100%)</b>	<b>103 (15%)</b>	<b>456 (65%)</b>	<b>142 (20%)</b>

Die Rücksendung der Fragebögen in Papierform war per Fax und auf dem Postweg möglich, die Internetfragebögen konnten direkt online beantwortet werden. Zur Beantwortung bzw. Rücksendung der Fragebögen wurde allen Adressaten 12 Wochen Zeit gegeben.

## II.2.2 Ergebnisse

### II.2.2.1 Deskriptive Statistik der weltweiten Recherche nach Anti-Stigma Projekten

Die Einladung zur Befragung wurde an 598 Adressen verschickt. Davon konnten 105 E-Mails nicht zugestellt werden, was durch Fehlermeldungen an den E-Mail-Account des Absenders,

kurz nach deren Versendung, dokumentiert wurde. Auch 11 Postanschriften kamen mit dem Vermerk „nicht zustellbar“ zurück.

Um auch jene Personen, deren EMail-Adressen nicht funktionsfähig waren, zu erreichen wurden in einer zweiten Aussendung – diesmal auf dem Postweg - erneut 100 Briefe verschickt. Bei den übrigen fünf Adressaten war es nicht möglich, Postadressen ausfindig zu machen.

**Tabelle 4: Übersicht der verschickten Einladungen zur Befragung**

<b>verschickte Einladungen (n)</b>	<b>keine Kontaktmöglichkeit eruierbar (n)</b>	<b>definitive Anzahl der Einladungen (n)</b>
598	16	582

12 Wochen nach Versendung der Einladung konnten 56 Rückantworten verzeichnet werden.

Um in die Auswertung der Projekte eingeschlossen zu werden musste für das Anti-Stigma Projekt eine Zielgruppe angegeben (Frage 10/Zielgruppe) und die dazugehörigen Fragen (Fragen 10, I. bis III.) mussten beantwortet worden sein.

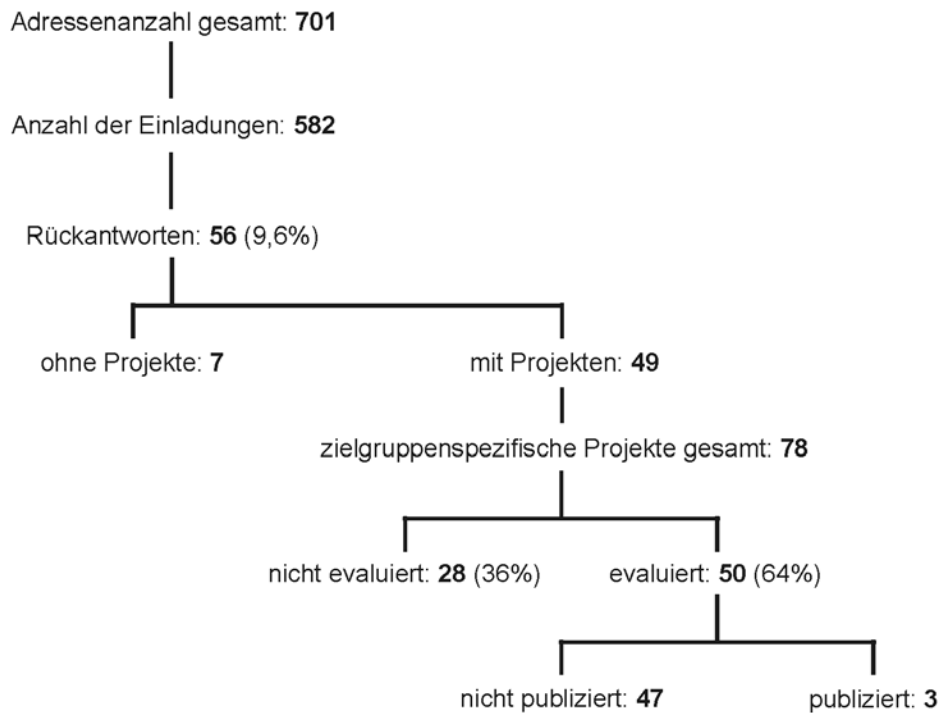
Insgesamt wurden von 49 Organisationen 78 unterschiedliche zielgruppenspezifische Anti-Stigma Projekte (entsprechend des oben genannten Kriteriums) angegeben und in die Auswertung eingeschlossen. Sieben der antwortenden Arbeitsgruppen führen bisher keine Projekte durch. Unsere Frage, ob im Rahmen des Projekts eine „Begegnung der Zielgruppe mit psychisch erkrankten Menschen“ stattfand, wurde in 60 Projekten mit „Ja“ beantwortet. Von den 78 Interventionen wurden 50 (64%) auf irgendeine Weise evaluiert, nur drei (6%) davon allerdings publiziert und in „Pubmed von Medline“ gelistet (Abbildung 2).

Eine zitierte Publikation wurde dann als Veröffentlichung in die Auswertung aufgenommen, wenn diese über „Pubmed von Medline“ bzw. über die Bayerische Staatsbibliothek München bezogen werden konnte und in einem englischen oder deutschen Journal veröffentlicht worden war. Laut der Umfrage werden bis Ende 2004 noch drei weitere Veröffentlichungen erhältlich sein. Die Verteilung der einzelnen Projekte auf die spezifischen Zielgruppen in Zusammenhang mit ihrem Evaluations- und Publikationsstand sowie deren (unveröffentlichte/veröffentlichte) Ergebnisse zeigt die Tabelle 23 im Anhang.

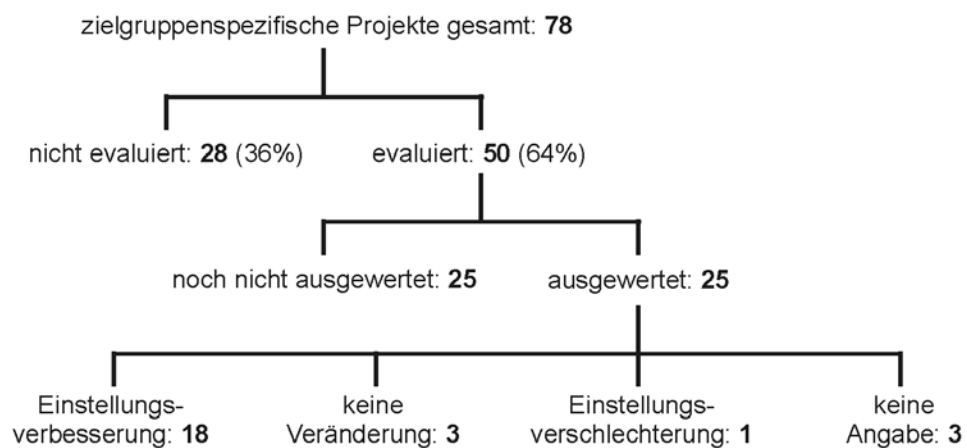
Von den 50 evaluierten Projekten waren in 25 (50%) Fällen die Daten noch nicht ausgewertet. Bei 18 (d.h. 36% der evaluierten) Interventionen konnte laut Auskunft der Adressaten die erwünschte Einstellungsverbesserung, also eine Reduktion der Stigmatisierung, nachgewiesen werden. Eine Einstellungsverschlechterung zeigte sich in einem Projekt, was bedeutet, dass bei der Zielgruppe (in diesem Falle bei der „Öffentlichkeit/Allgemeinbevölkerung“) nach der Intervention eine erhöhte Stigmatisierung festzustellen war. In drei (6%) Umfragebögen wurden von den Teilnehmern keine Antworten



zu dieser Frage gegeben. Bei drei (6%) von 50 Interventionen konnten bei der Zielgruppe keine Einstellungsunterschiede festgestellt werden (Abbildung 3).



**Abbildung 2:** Flowchart der zielgruppenspezifischen, evaluierten und publizierten Projekte der weltweiten Umfrage

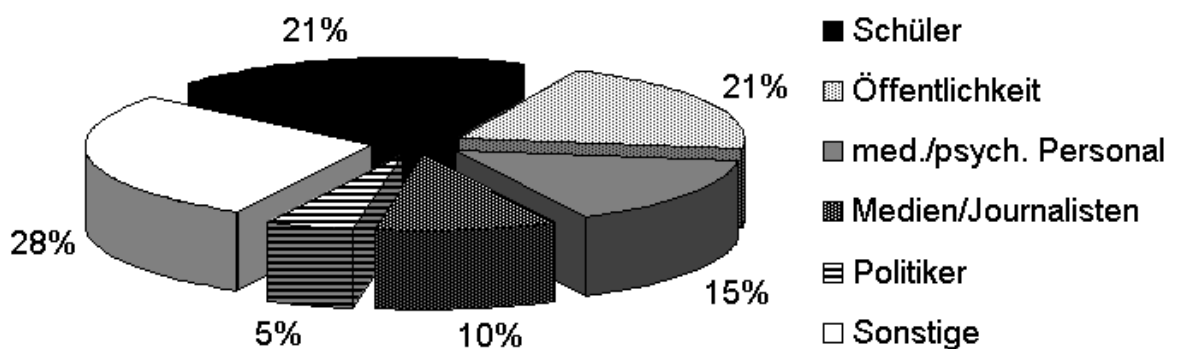


**Abbildung 3:** Flowchart der evaluierten, zielgruppenspezifischen Publikationen der weltweiten Umfrage und ihrer Ergebnisse

### II.2.2.2 Zielgruppen der Interventionen

Innerhalb der 78 Interventionen wurden 17 verschiedene Zielgruppen genannt. Nicht alle Befragten ordneten innerhalb des Fragebogens jeder Intervention genau eine Zielgruppe, d.h. präzise eine Personengruppe (z.B. „Polizeibeamte“ oder „Schüler“), zu. Vielmehr wurden in den Projekten zum Teil unterschiedliche Personengruppen zu einer Zielgruppe (und somit unter einer Intervention) zusammengefasst. Es bildeten sich sozusagen „Sammelzielgruppen“, wie z.B. „Schüler und Lehrer“ oder „Studenten, Lehrer, Sozialarbeiter, Busfahrer, Bibliothekare und Polizeibeamte“. Die Angaben ließen oft keine Rückschlüsse zu, ob die einzelnen Zielgruppen tatsächlich zeitgleich an den Projekten teilgenommen haben oder die Projektmethodik sich sehr ähnlich gestaltete, sodass die Zusammenfassung durch die jeweiligen Autoren nur im Rahmen dieses Fragebogens vorgenommen wurde. Bedingt durch die geringe Rücklaufquote bestand nun die Gefahr, dass einzelne Fragebögen stärker ins Gewicht fallen würden, sofern jede Personengruppe als ein Projekt in die Auswertung eingegangen wäre (z.B. „Studenten, Lehrer, Sozialarbeiter, Busfahrer, Bibliothekare und Polizeibeamte“ wären demnach als sechs Interventionen zu rechnen). Um einen Vergleich der Zielgruppen möglich zu machen und um die Ergebnisse nicht zu verfälschen wurde deshalb im Folgenden je „Sammelzielgruppe“ – präzise nach den Angaben der Befragten – eine Intervention gezählt.

Am häufigsten wurden als Zielgruppe SchülerInnen (21%) genannt, gefolgt von Projekten für die Allgemeinbevölkerung (21%) und den Interventionen für das medizinisch/psychiatrische Personal (15%). Der Überbegriff „medizinisch/psychiatrisches Personal“ umfasst Anti-Stigma Projekte für Psychiater, Psychologen, Hausärzte und Pflegepersonal. „Medien und Journalisten“ wurden in 10% der Fälle als Zielgruppe ausgewählt und zu 5% waren „Politiker“ das Ziel des Anti-Stigma Projekts (Abbildung 4).



**Abbildung 4:** Häufigkeitsverteilung der ausgewählten Zielgruppen innerhalb der weltweiten Umfrage

Unter dem Begriff „Sonstige“ sammeln sich „Einzelzielgruppen“ („psychiatrische Patienten“, „Angehörige“, „Kinder psychisch kranker Eltern“, „Lehrer“, „Polizeibeamte“, „Angestellte“) und die durch die Befragten zusammengefassten „Sammelzielgruppen“ („psychiatrische

Patienten und Angehörige“, „psychiatrische Patienten und Öffentlichkeit“, „Schüler und Lehrer“, „Schüler, Lehrer und Hausärzte“, „Politiker, Medienvertreter und Öffentlichkeit“ und „Studenten, Lehrer, Sozialarbeiter, Busfahrer, Bibliothekare und Polizeibeamte“).

### II.2.2.3 Ergebnisse der Interventionen

Die Frage 10.3f der Befragung zielte auf Evaluationsergebnisse ab, unabhängig davon, ob die Daten publiziert worden waren oder nicht. Bei widersprüchlichen Angaben, z.B. bei der Angabe „keine Evaluation“ aber der Nennung von Ergebnissen, wurde die Aussage zur Evaluation in die Auswertung einbezogen und die Angabe zu den Ergebnissen vernachlässigt.

Die 50 Zielgruppen und ihre projektbedingten Einstellungsveränderungen wurden in Tabelle 5 dargestellt. Die kleinen Fallzahlen ergeben sich aus der geringen Rücklaufquote der weltweiten Umfrage, sowie der Heterogenität der genannten Zielgruppen. Unter dem Oberbegriff „Sonstige“ wurden alle Zielgruppen mit zu geringen Fallzahlen zusammengefasst. Einstellungsverbesserungen konnten in acht von 12 Projekten für SchülerInnen erzielt werden, bei vier Interventionen lag noch keine Auswertung vor bzw. die Autoren machten keine Angabe zu den Ergebnissen. Die Resultate der Zielgruppe „Öffentlichkeit“ waren breiter gestreut, mit je einer Einstellungsverbesserung bzw. -verschlechterung und einem Projekt ohne Veränderung der Einstellung. Ähnlich fielen die Ergebnisse bei Projekten für das medizinische/psychiatrische Personal aus.

**Tabelle 5: Ergebnisse der evaluierten Anti-Stigma Projekte (unabhängig vom Publikationsstand) für die verschiedenen Zielgruppen (X\* = „noch keine Ergebnisse ausgewertet“, „keine Antwort im Fragebogen angekreuzt“)**

Zielgruppe	Einstellungs-verbesserung	keine Veränderung der Einstellung	Einstellungs-verschlechterung	X*
SchülerInnen (n=12)	8	0	0	4
Öffentlichkeit (n=9)	1	1	1	6
med/psych. Personal (n=6)	1	1	0	4
Sonstige (n=23)	8	1	0	14

Aufbauend auf den bei der Literaturrecherche und der weltweiten Umfrage gewonnen Erkenntnissen wurden in einem weiteren Schritt innerhalb der vorliegenden Promotionsarbeit zwei Ansätze für zielgruppenspezifische Interventionsstrategien entwickelt und in Pilotstudien erprobt.

## II.3 Seminar zur Sensibilisierung von Polizeibeamten im Umgang mit psychisch Erkrankten und deren Angehörigen

In verschiedenen Studien wurde berichtet, dass gerade bei Polizeibeamten eine negative Einstellung gegenüber psychisch erkrankten Menschen zu beobachten ist. Diese negative Sichtweise scheint v.a. auf dem Vorurteil der Unberechenbarkeit psychisch Kranker zu beruhen. <sup>(24/S.112)</sup>

Nunnally (1961; zitiert nach Godschalx <sup>(24/S.112)</sup>), der das Kernproblem dieses Vorurteils in der zu geringen Aufklärung und Informationsvermittlung über psychische Erkrankungen sieht. Seine Untersuchungen wurden durch Seitz und Cleland <sup>(55/S.51)</sup> sowie Godejohn et al. <sup>(23/S.368)</sup> bestätigt.

Betroffene und Angehörige beschreiben immer wieder, dass sie die Begegnung mit Polizeibeamten – z.B. im Rahmen einer Klinikeinweisung – als stigmatisierend erleben. Methodisch befriedigende Untersuchungen hierzu konnten allerdings nicht gefunden werden. Um diese unzureichende Datenlage zu kompensieren und Erfahrungen von psychisch Kranken und deren Angehörigen in der Begegnung mit Polizeibeamten verwerten zu können, wurden im Vorfeld Fokusgruppengespräche mit Betroffenen und Angehörigen durchgeführt. Darauf basierend erfolgte die detaillierte Planung der im Weiteren beschriebenen Pilotstudie.

Ergebnis dieser Fokusgruppengespräche war, dass die Begegnungen mit Polizeibeamten auf jeden Fall schwierig und belastend für beide Seiten sein können, beispielsweise wenn ein akut psychisch Kranker gegen seinen Willen durch Polizisten in die Klinik gebracht wird. Psychisch Kranke sowie deren Angehörige sehen sich dann einerseits unter Umständen mit Gewaltanwendung konfrontiert, die Beamten andererseits mit einer für sie schwer einschätzbaren Bedrohung durch den akut Erkrankten. Daraus resultiert in den Beamten ein äußerst einseitig geprägtes Bild von psychischen Erkrankungen, das durch Aufklärung und Information "gerade gerückt" werden könnte, um folglich zu einer besseren Bewältigung eventueller Konfliktsituationen mit Erkrankten und deren Angehöriger beizutragen. Diese Überlegungen und die Tatsache, dass bislang keine Erkenntnisse über Anti-Stigma Projekte für Polizisten innerhalb des deutschsprachigen Raumes veröffentlicht worden waren, motivierten zu diesem Pilotprojekt.

Hinweise und Erfahrungen aus früheren Arbeiten <sup>(24,28,58)</sup> dienten als Grundlage zur Entwicklung der methodischen Details und einzelner Bausteine im Rahmen der standortbedingten Möglichkeiten (d.h. der Vorgaben durch die Beamtenfachhochschule FFB, mit der das Seminar entwickelt wurde; siehe II.3.1). Zusammengefasst konnten aus den genannten veröffentlichten Projekten, Ideen über den Einsatz von Fallbeschreibungen, über Erklärungen psychiatrischer Krankheitsbilder, über die Weitergabe von Kriseninterventionstechniken und hilfreichen Kommunikationsmechanismen entnommen werden.

### II.3.1 Projektplanung und Ziele

Zum Thema „Umgang mit sozial diskriminierten Minderheiten“ wurde für das Fach Soziologie der Beamtenfachhochschule Fürstenfeldbruck (FFB) bei München (Fachbereich Polizei), das vorliegende Konzept für ein Anti-Stigma Seminar entwickelt. In der sowohl interdisziplinären als auch dialogischen Arbeitsgruppe Polizei (AG Polizei) befanden sich sechs BASTA-Mitglieder (eine weibliche und ein männlicher Angehörigenvertreter/in, drei männliche Betroffene und eine Diplompsychologin), ein Lehrer für Psychologie und Sozialwissenschaften der Beamtenfachhochschule FFB und die Autorin als ärztlicher Vertreter.

Die Planung des Seminars erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der zuständigen Lehrkraft der Beamtenfachhochschule. Da sich das Thema „Anti-Stigma“ in eine bereits bestehende Seminarreihe („Umgang mit sozial diskriminierten Minderheiten“) eingliedern musste, war die Organisation an zeitliche Vorgaben geknüpft. Zur Verfügung stand ein Vormittag mit sechs Unterrichtseinheiten zu je 45 Minuten. Pinfold et al. <sup>(47/S.339)</sup> konnten in einem Interventionsprogramm mit einer Dauer von insgesamt vier Stunden positive Resultate verzeichnen, weshalb die vorgegebene Zeiteinheit dieser Pilotreihe für eine Einstellungsverbesserung als ausreichend eingeschätzt wurde.

Gemeinsam mit dem Dozenten der Fachhochschule wurden die Ziele des Projekttages erarbeitet. Inhaltliche Ziele waren:

- der Abbau von Berührungängsten durch den persönlichen Kontakt mit der dialogischen Arbeitsgruppe,
- die Aufklärung über das Wesen psychischer Krankheiten (im Speziellen der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis),
- die Informationsweitergabe zu gängigen psychiatrischen Krankheitsbildern und
- die Sensibilisierung der Polizeibeamten für krankheitsbedingte Besonderheiten psychiatrischer Patienten.

Der offene Dialog und die persönlichen Stellungnahmen der Teilnehmer und Seminargestalter waren zentrale Bestandteile des Projekts. Neben dem Abbau von Berührungängsten schafft diese Situation die Möglichkeit, in einem neutralen Gesprächsrahmen die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der beteiligten Parteien (Betroffene, Angehörige, professionelle Helfer und Beamte) sichtbar zu machen. Dadurch sollen Vorurteile reduziert und ein empathischer und respektvoller Umgang der Polizisten mit Betroffenen erzielt werden. Zusätzlich wurden die Beamten angehalten über eigene Grenzerfahrungen und Belastungen nachzudenken, um so auch bei sich und im kollegialen Umfeld mögliche seelische Stresssituationen zu erkennen und darauf reagieren zu können.

## **II.3.2 Material und Methodik**

### **II.3.2.1 Die drei Seminarblöcke**

Bei der Konzeption der drei Seminareinheiten wurde besonderer Wert auf Flexibilität gelegt, da der aktive Dialog und Erfahrungsaustausch zwischen Teilnehmern und Seminargestaltern im Vordergrund stehen sollte. Die Möglichkeit für eine ausführliche Beantwortung von Fragen und eine Themenwahl durch die Studenten stand im Vordergrund.

#### **Block I.**

In den ersten 90 Minuten des Seminars sollten Berührungsängste abgebaut und ein entspanntes Gesprächsklima geschaffen werden. Zusätzlich konnten hierbei erste Fragen geklärt und Diskussionspunkte gesammelt werden.

Eingangs wurde durch den Seminarleiter die Organisation BASTA und die Projektgruppe vorgestellt. Zentrum des ersten Blocks waren persönliche Erzählungen des/der Betroffenen und des/der Angehörigen im Stil eines Interviews – geführt durch den professionellen Helfer – in denen Erfahrungen mit Polizeibeamten im Mittelpunkt standen. Der professionelle Helfer orientierte sich bei den individuellen Interviews an dafür vorbereiteten Interviewleitfäden, die Fragen nach emotionalen, krankheitsspezifischen und lebensgeschichtlichen Hintergründen beinhalten. Pro Interview wurden ca. 15 Minuten eingeplant. Im Anschluss konnten die Studenten Verständnisfragen und Fragen zu den berichteten Erlebnissen stellen, sowie Hintergrundinformationen zu verschiedenen Krankheitsbildern einholen. Sofern es die Themen ermöglichten, wurden die Beamten ermuntert, persönliche und praxisnahe Erlebnisse aus dem Polizeidienst zu schildern. Einige Probleme, die im Kontakt zwischen Betroffenen, Angehörigen und Polizisten aufgetreten sind, konnten an dieser Stelle bereits angesprochen werden.

#### **Block II.**

Zu Beginn dieser Unterrichtseinheit wurde die Klasse in Kleingruppen mit bis zu zehn Studenten eingeteilt (die Größe der Kleingruppen war abhängig von der Klassenstärke), die sich anschließend mit Berichten von Polizeieinsätzen und dabei erlebten sowohl positiven als auch negativen Beispielen beschäftigen sollten. Diese persönlichen (subjektiven) und authentischen Erlebnisberichte waren bei Angehörigen und Betroffenen gesammelt worden, die im Verlauf einer psychiatrischen Krankheitsgeschichte in Kontakt mit Polizeibeamten gekommen waren. Diese Erlebnisberichte lagen in schriftlicher Form als Diskussionsgrundlage vor, umfassten je eine DIN A 4 Seite (siehe Anlage 3 und 4) und sollten von den Beamten anhand vorgefertigter Anleitungen besprochen und bearbeitet werden. Zwei Kleingruppen erhielten denselben Erlebnisbericht, jedoch unterschiedliche Bearbeitungsanleitungen (siehe Anlage 5 und 6). Eine Gruppe von Studenten sollte den Erlebnisbericht aus Sicht der Beamten und die andere Gruppe denselben Bericht aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen bearbeiten. Somit lagen am Ende der Kleingruppenarbeit

zu jedem Erlebnisbericht zwei unterschiedliche Betrachtungsweisen des Polizeieinsatzes bzw. des Verhaltens der beteiligten Personen vor. Darauf aufbauend sollten Vorschläge zusammengetragen werden, wie die geschilderten Situationen durch alternative Verhaltensstrategien einen für alle Seiten positiveren Verlauf hätten nehmen können. Dieser Abschnitt des Seminars war für eine volle Stunde angesetzt und mit einer größeren Pause kombiniert.

### **Block III.**

Im Abschnitts III. (ca. 45 Minuten) wurden die Ergebnisse der einzelnen Kleingruppen dem Plenum vorgestellt und diskutiert. Da in beiden Anleitungen die Anregung verankert war, neben den vorgefertigten Erlebnisberichten auch persönliche Erfahrungen von entsprechenden Polizeieinsätzen in der Kleingruppe zu besprechen, konnten die Beamten bis zum Zeitpunkt des dritten Blocks viele interessante Aspekte der Begegnung zwischen Polizisten und Betroffenen sammeln.

In der zweiten Hälfte des letzten Bausteins wurden - in Abhängigkeit vom Wissensstand und den Interessen der Beamten – unterschiedliche Schwerpunkte aufgegriffen. Die Studenten entschieden durch Ihre Fragen die Themenwahl. Trotzdem wurde versucht in den verbleibenden 60 Minuten bestimmte Punkte, auf die während der Projektentwicklung besonderes Augenmerk gerichtet wurde, in die Diskussion einzubringen und zu besprechen. Dabei handelt es sich um:

- Verhaltenstipps für schwierige, eskalierende Situationen im Dienstalltag,
- Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen und Angehörigen gegenüber Beamten im Dienst,
- Kontaktadressen von Kliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten, Einrichtungen zur Krisenintervention, niedergelassenen Psychiatern etc. für die Dienstpraxis,
- Hintergrundinformationen zu wichtigen psychiatrischen Krankheiten.

Für die ersten beiden Punkte wurden Kurzinformationen (siehe Anlage 7 und 8) erarbeitet, die an die Studenten ausgeteilt wurden und, je nach verbleibender Zeit, mehr oder weniger ausführlich besprochen werden konnten. Bei diesem interaktiven Arbeiten wurden die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen des „sensiblen“ Verhaltens im Arbeitsalltag der Beamten diskutiert. Im Dialog wurden Anregungen, Tipps und Vorschläge ausgetauscht.

#### ***II.3.2.2 Die Pilotreihe***

Die Seminare wurden erstmalig im Juli 2002 in drei von sechs Klassen der Bayerischen Beamtenfachhochschule, Fachbereich Polizei, durchgeführt. Alle drei Termine begannen um ca. 8.20 Uhr und endeten um ca. 13.30 Uhr. Bei den drei Terminen nahmen 43 StudentInnen

teil, wobei insgesamt acht Mitarbeiter der AG Polizei (jeweils drei bis vier pro Seminar) die Vormittage gestalteten.

Die Polizeibeamten befanden sich im letzten Abschnitt ihres 2-jährigen Studiums als Aufstiegsbeamte vom mittleren in den gehobenen Dienst. Die Studenten hatten bereits vor Studienbeginn mehrere Jahre Berufserfahrung sammeln können, die sie für eine weiterführende Ausbildung qualifiziert. Die Polizisten wurden nach Beendigung ihres Studiums im höheren Polizeivollzugsdienst (Bayernweit) in der Funktion eines Gruppenleiters tätig. Sie haben somit Einfluss auf Unterrichtsinhalte, die in den Polizeiinspektionen vermittelt werden und können als Multiplikatoren den destigmatisierenden Effekt des Seminars weitertragen. Als Lehrende in ihrer späteren Position aktiv zu werden und ein modellhaftes Verhalten für einen einfühlsamen Umgang mit Betroffenen für ihre Kollegen zu praktizieren, wurde als ein wichtiger Punkt am Ende jedes Seminars angesprochen.

Der besondere Seminaraufbau und der Verzicht auf die Form des Frontalunterrichts machte es möglich, den Stil zur Vermittlung der Lerninhalte den individuellen Ansprüchen und Wünschen der jeweiligen Klasse anzupassen. Der persönliche Kontakt mit psychiatrischen Patienten und deren Angehörigen konnte die Erfahrungsmöglichkeiten der Beamten erweitern, die bisher - wenn überhaupt - nur abstrakt und punktuell im Frontalunterricht über psychische Krankheiten informiert worden waren. Diese Art des Unterrichts bot den Beamten die Chance über ihr eigenes Verhalten und das ihrer Kollegen zu reflektieren und Verständnis und Toleranz für eventuelle Ausnahmesituationen zu entwickeln. Die soziale Kompetenz im Kontakt mit, und die unter Umständen bestehende soziale Distanz gegenüber, Betroffenen konnte überdacht werden.

### **II.3.3 Ergebnisse**

In diesem empirischen Teil der Promotionsarbeit wurde eine Anti-Stigma Intervention für Polizeibeamte geplant und im Rahmen einer Pilotreihe getestet. Da im regulären Unterricht der Beamtenfachhochschule zum ersten Mal eine solche dialogische Arbeitsgruppe eingeladen wurde, erschien – auch nach Meinung der Verantwortlichen der Fachhochschule - eine vorsichtige Herangehensweise angezeigt. Die Pilotstudie sollte eine Einschätzung der Praktikabilität und Effektivität der Intervention ermöglichen, und (wenn nötig) zur Verbesserung der Methodik dienen. In einem weiteren Schritt soll in Zukunft eine prospektive Evaluation mit einer statistischen, quantitativen Analyse durchgeführt werden, um Einstellungsverbesserungen bei Polizeibeamten gegenüber psychisch Kranken objektivieren zu können.



### **II.3.3.1 Diskussionsrunde**

Wie eingangs beschrieben, wurde im Anschluss an die Seminartage eine Diskussionsrunde zur qualitativen Analyse durchgeführt. Es nahmen an dieser Sitzung vier Studierende, Vertreter der trialogischen AG Polizei (zwei Angehörige, drei Betroffene, eine Psychologin), zwei für den Unterricht Soziologie in der Beamtenfachhochschule Fürstenfeldbruck verantwortliche Lehrer und die Autorin teil.

Zur Diskussion wurden folgende Fragen gestellt:

- Welche Vorurteile gegenüber psychisch Kranken existierten oder existieren – retrospektiv beurteilt - im Alltag der Polizeibeamten?
- In welchen Bereichen konnten Erfolge in der Einstellungsverbesserung erzielt werden (z.B. Gefährlichkeit/Gewalttätigkeit psychisch Kranker, Krankheitskonzepte der Beamten bezüglich psychiatrischer Krankheitsbilder, positive Stereotypen u.a.) und welche Bereiche sind zu tief verankert, um mit einem 6-stündigen Seminar erreicht werden zu können?
- Welche Verbesserungsvorschläge (methodisch, inhaltlich, organisatorisch) und welches Lob gibt es für die Methodik des Seminartages?
- Was ist der besondere Reiz des Seminars?
- Welche Wünsche gibt es an Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer aus Sicht der Beamten?
- In welchen Bereichen konnten die Seminarleiter über den Arbeitsalltag der Beamten dazulernen?

### **II.3.3.2 Ergebnisse der Diskussionsrunde**

#### Zu Frage 1 („Vorurteile der Polizisten“):

Hierzu gehören Aussagen, welche in Dienststellen kursieren, wie z.B.: „Betrunkene Frauen und psychisch Kranke sind die schlimmsten Fälle.“, ohne das es hierbei zu einer näheren Spezifizierung kommt. Beamte haben fast nur mit aggressiven Patienten zu tun, da sie nur in solchen Situationen hinzugerufen werden, und das fördert natürlich die Entstehung des Vorurteils „Patienten sind gefährlich und gewalttätig“. Auch wird automatisch eine Verbindung zwischen einer psychiatrischen Diagnose und Drogenkonsum (im Speziellen bei der Schizophrenie) hergestellt.

Die vermeintliche „Unheilbarkeit“ psychischer Erkrankungen ist ebenfalls tief verankert, sowie die Meinung, dass Psychiater hauptsächlich eine kurzfristige „Ruhigstellung der Betroffenen“ erreichen, eine weitergehende Therapie allerdings selten gelingt, weshalb die Betroffenen oftmals nach kürzester Zeit mit der Polizei erneut in Kontakt geraten.

Zu Frage 2 („Wo konnte eine Einstellungsverbesserung erreicht werden?“):

Es konnten Meinungsveränderungen v.a. im Punkt „Krankheitskonzept“ erreicht werden. Infolge des Anti-Stigma Seminars konnten die Beamten zunehmend die Vorstellung akzeptieren, dass abnormes Verhalten mit einer Stoffwechselstörung einhergehen kann. Diese neue Sichtweise dürfte sich nach Meinung der Studierenden wie auch der Soziologielehrer positiv auf das Verhalten der Beamten gegenüber psychisch Kranken auswirken. Hand in Hand damit geht eine Einstellungsverbesserung bezüglich der Einschätzung „Betroffene sind wenig kooperationsbereit“ (sowohl aufgrund von Aggressivität, als auch Passivität). Diese Einstellungsänderung wurde laut Auskunft der Beamten vor allem durch Darstellung typischer Schizophreniesymptome erreicht sowie durch die Berichte der Betroffenen über ihre subjektiven Erlebnisse und Eindrücke. Auch die Meinung, dass Angehörige die Polizei kurz vor Feiertagen rufen, um „unbequeme Betroffene loszuwerden“ (indem diese von der Polizei in die Klinik verbracht werden) wurde durch das Seminar positiv beeinflusst.

Die Beschreibung der Therapiemöglichkeiten und der Effekte der Psychopharmaka unterstützte eine Einstellungsverbesserung des Stereotyps „Psychisch Kranken kann man sowieso nicht helfen.“.

Aber auch wenn bei den Beamten eine Akzeptanz bezüglich sinnvoller Therapiemaßnahmen und -schemata erreicht werden konnte, beeinflusste dieses Wissen weniger erfolgreich die Meinung zur „langanhaltende Therapiefähigkeit“ psychischer Krankheiten. Polizisten haben häufig wiederholten Kontakt mit denselben psychiatrischen Patienten, die unter Umständen auch immer wieder auf ähnliche Weise auffällig werden, weshalb sie verständlicherweise eine mögliche „vollständige Heilbarkeit“ anzweifeln oder nur für Ausnahmefälle halten. Mit diesem Vorurteil ist eng noch eine weitere negative Meinung verwandt, nämlich dass Psychiater primär eine „Ruhigstellung der Patienten“ anvisieren und diese dann untherapiert in kürzester Zeit wieder aus der Klinik entlassen. Um diese Einstellung in ein realistischeres Licht zu rücken, sind Erklärungen zu den Begriffen „Fremd- bzw. Eigengefährdung“ sowie „Krankheitseinsicht bzw. Compliance“ wichtig. Dass Beamte für „Fremd- bzw. Eigengefährdung“ im Bereich Psychiatrie relativ mühelos Verständnis entwickelten, lag daran, dass diese Begriffe auch im Arbeitsalltag der Polizisten selbst eine große Rolle spielen. In diesem Zusammenhang konnte dann betont werden, dass – auch wenn es sich um eine psychiatrische Erkrankung handelt – eine Zwangsbehandlung nur nach strenger Indikationsstellung zu rechtfertigen ist und die Entscheidungsfindung einer/s Psychiaterin/s vielleicht zum Teil (für Aussenstehende) nicht auf Anhieb nachvollziehbar erscheint, diese/r sich aber an konkrete Richtlinien zu halten hat. Im Gegensatz dazu erschien es schwieriger, Verständnis für „Krankheitseinsicht bzw. Compliance“ zu erzeugen. Hierbei war das Engagement der Patienten und Angehörigen unverzichtbar. Um verstehen zu können, wie schwierig es sein kann eine psychiatrische Krankheit zu akzeptieren und auch wie belastend

es sein kann, Medikamente einnehmen zu müssen, waren die Erfahrungsberichte der Betroffenen unbedingt nötig. Die anfängliche Ablehnung der Krankheit, der Kampf mit Nebenwirkungen sowie die dadurch erzeugte Ablehnung der Therapiemaßnahmen wurde so für die Polizeibeamten nachvollziehbar gemacht. Sobald „Eigen- bzw. Fremdgefährdung“, sowie „Krankheitseinsicht bzw. Compliance“ erklärt worden waren, schien das Verständnis für Patienten zu wachsen.

Das Vorurteil der vermehrten Gewalttätigkeit und Gefährlichkeit psychiatrischer Patienten wurde in der Diskussionsrunde einstimmig als das hartnäckigste Stereotyp benannt. Beamte treffen im Dienstalltag vermehrt auf akut psychisch Erkrankte, da sie in den meisten Fällen dann gerufen werden, wenn eine Situation zu eskalieren beginnt (siehe auch hierzu „zu Frage 1 `Vorurteile der Polizisten“).

Eine Reduktion der sozialen Distanz, d.h. eine erhöhte Bereitschaft der Seminarteilnehmer in persönliche soziale Kontakte mit psychisch kranken Menschen zu treten, erschien durch das Seminar kaum erreichbar.

#### Zu Frage 3 („Verbesserungsvorschläge“):

Der Ablauf des Seminars, die inhaltlichen Schwerpunkte und die Organisation der einzelnen Blöcke wurde von Studenten und den Verantwortlichen des Soziologieunterrichts der Fachhochschule für gut und stimmig befunden. In manchen Situationen haben sich die Beamten während des Seminars zu sehr in ihrem Verhalten im Arbeitsalltag – den sie seit Jahren praktizieren - kritisiert gefühlt. Die Erlebnisberichte bei der Kleingruppenarbeit enthielten aus Sicht der StudentInnen zu wenig ausführliche Beschreibungen, was die genaue Beurteilung der Situation, in der es evtl. zu einer Stigmatisierung komme, erschwerte. Zusätzlich bestand der Wunsch, die „andere Seite“ zu hören, also eine Schilderung der selben Situation aus der Sicht der beteiligten Polizisten. Eine ausführlichere Situationsbeschreibung würde allerdings den Rahmen der Kleingruppenarbeit sprengen, weshalb vorerst nur kleinere Veränderungen geplant werden. Ein weiterer Vorschlag aus der Reihe der Beamten betraf die Zielgruppe des Seminars, da nach Ansicht der beteiligten StudentInnen junge Beamte in der Grundausbildung ebenfalls sehr vom Sensibilisierungsseminar profitieren könnten.

Eher nebenbei und indirekt wird auch die Distanz der Beamten selbst gegenüber der Psychiatrie bzw. gegenüber psychologischer Hilfe reduziert. Dies erleichtert im Falle von Krisensituationen der am Seminar teilnehmenden Polizisten selbst eine frühzeitigere Kontaktaufnahme und das „in Anspruch nehmen“ von Hilfsangeboten.

Zu Frage 4 („Der besondere Reiz des Seminars?“):

Der besondere Reiz des Seminars lag nach Angaben der Teilnehmer in der Begegnung mit psychisch Kranken. Die Bearbeitung der Erlebnisberichte in Block II. fungierte als Vorbereitung, um mögliche Interaktionen mit psychisch Erkrankten und deren Angehöriger im Detail durchsprechen sowie kontroverse Meinungen bezüglich solcher Situationen im Klassenverband diskutieren zu können. Die Erfahrungen der Betroffenen und Angehörigen und der Austausch über die unterschiedlichen Sichtweisen und Verhaltensvarianten waren für Beamte von höchstem Interesse.

Zu Frage 5 („Wünsche der Beamten an Patienten und Angehörige“):

Die Polizisten wünschten sich für ihren Arbeitsalltag mehr Informationsweitergabe durch die Angehörigen, wodurch eine realistischere Einschätzung der jeweiligen Situation möglich werde. Das „Wissensdefizit“ wurde mit als das größte Problem in diesen schwierigen Fällen betrachtet und es könne dazu führen, dass zu wenig Informationen über eine betroffene Person, diese eher als sehr „gefährlich“ erscheinen lasse. Die Qualität der Vorinformationen prägen natürlich den „Erstkontakt“ und somit auch den Verlauf des Einsatzes. Einstimmig wurde ebenfalls Verständnis für die Lage der Beamten, für die Notwendigkeit der „Eigensicherung“ (zu dem das Anlegen der Handschellen gehört) und die Befolgung von Vorschriften (z.B. das Verbot, auf den Rücksitzen im Polizeifahrzeug einen Betroffenen alleine sitzen zu lassen) gewünscht. Zusätzlich wurde die extreme Belastung im Arbeitsalltag thematisiert, da Beamte während ihres Dienstes in kurzer Zeit die unterschiedlichsten Fälle bearbeiten müssen und dadurch emotional hoch belastet werden. Die Beamten geben auch zu bedenken, dass von Ihnen oft verlangt wird, für unterschiedlichste Situationen „Patentlösungen“ parat zu haben, sie aber weder psychiatrische Diagnosen unterscheiden können, noch im Umgang und der Gesprächsführung mit psychiatrischen Patienten geschult würden. Zusätzlich wurde von den StudentInnen die Kritik geäußert, dass sie Hilfestellungen – auch kurzfristig – von psychiatrischen Einrichtungen und von Ärzten zu selten erhalten. Einstimmig bestätigte die Diskussionsrunde ein Defizit im Versorgungssystem was „Krisenteams“ oder Polizeipsychologen für diese Spezialfälle anbelangt. Die Beamten wünschten sich eine enge Zusammenarbeit mit professionellen Institutionen und sprachen sich für eine frühzeitige Kontaktaufnahme der Versorgungseinrichtungen mit den polizeilichen Dienststellen aus.

Zu Frage 6 („Was haben wir gelernt?“):

Ein mehrfach thematisierter Wunsch der Beamten an Angehörige war, in Krisensituationen Informationen gezielter und besser an Polizeibeamte weiterzugeben. Je mehr Informationen in kurzer Zeit an die Polizisten vermittelt werden können, desto besser ist die Grundlage für

einen guten Einsatzablauf. Dabei ist es wichtig, die eigenen Wünsche klar zu äußern („Ich möchte, dass mein Sohn in die Klinik kommt.“, „Ich möchte nur, dass er nicht mit dem Auto wegfährt.“), sodass die Polizisten sich ein besseres Bild der Ausgangslage machen können und beim Erreichen des erklärten Ziels helfen können.

Es entstand ebenfalls mehr Verständnis auf der Seite der triadischen Seminarleiter bezüglich der psychologischen Folgen eines Polizeieinsatzes. Beamte erhöhen oft das Aggressionspotential allein durch ihre Anwesenheit. Eine Alternativlösung im Vorfeld (wenn der Betroffene nicht plötzlich erkrankt, sondern ein sich verschlechternder Krankheitsverlauf andeutet) kann die Nutzung des Gesundheitsamtes und ähnlicher Einrichtungen sein, um den freiwilligen Gang in die Klinik zu unterstützen und so eine Eskalation mit Polizeieinsatz zu vermeiden.

Im Gespräch wurde bewusst gemacht, dass Gewaltanwendung z.T. eine Notwendigkeit ist und die Mehrheit der Beamten dies versucht zu vermeiden, wobei das Verhalten der Polizisten auf eine „Klärung der Situation“ innerhalb eines gewissen Zeitfensters (meistens bedingt durch Personalmangel) abzielt.

### **II.3.3.3 Schlussfolgerungen**

Die Verbesserungsvorschläge und Ideen werden in zukünftige Seminare und Materialien eingebracht werden. Die Verantwortlichen der Beamtenfachhochschule haben eine Weiterführung der Kooperation befürwortet und unterstützen eine Ausweitung auf beide Fachhochschulen in Bayern. Es wurde geplant, zukünftige Seminare mit einstellungsuntersuchenden Fragebögen zu begleiten um Verbesserungen bzw. Verschlechterungen der Meinungen und Einstellungen objektivierbar machen zu können.

Für Angehörige und Betroffene bedeutete die Teilnahme am Seminar eine Stärkung des Selbstbewusstseins im Sinne eines „Empowerment“ und ermöglichte die Verarbeitung eigener Erfahrungen. Durch die Funktion als „Lehrer“ und Seminargestalter, sowie durch die finanzielle Entlohnung von Betroffenen und Angehörigen, wurde der „Empowerment“-Prozess zusätzlich unterstützt.

## II.4 Das Lernpaket „Psychisch Kranke“ für Schulen

Interventionen für Jugendliche erscheinen als besonders vielversprechende Projekte, um Vorurteilen entgegenzuwirken, schon bevor sie entstehen. Weiterhin ist bekannt, dass die Wahrnehmung von unterschiedlichen Persönlichkeiten bis ins Erwachsenenalter nicht komplett ausgebildet ist. Diese Wahrnehmung ist grundlegend für die Ausprägung von Stereotypen bezüglich gesellschaftlicher Gruppen. <sup>(54/S.1)</sup>

Jugendliche haben noch keine genauen Vorstellungen davon, was es bedeutet psychisch krank zu sein, verknüpfen mit dieser Diagnose noch keine speziellen Charakteristika <sup>(1/S.322,56/S.399)</sup> und tendieren sogar zu einer eher positiven Sichtweise <sup>(41/S.216)</sup>. Projekte für junge Menschen erscheinen deshalb im Zuge der Anti-Stigma Bewegung als sehr sinnvolle Vorhaben, weil es vermutlich leichter ist, der Entstehung von Vorurteilen vorzubeugen als bestehende Vorurteile abzubauen.

Um der Entstehung von Vorurteilen gegen psychisch Kranke bei SchülerInnen entgegen zu wirken, wurde von der Autorin im Rahmen dieser Promotionsarbeit das Lernpaket „Psychisch Kranke“ für Jugendliche entwickelt, dessen Planung und Methodik im Folgenden beschrieben wird. Dabei wurde der Schwerpunkt auf schizophrene Erkrankungen gelegt, da dieses psychiatrische Krankheitsbild am Stärksten mit negativen Stereotypen belastet zu sein scheint <sup>(52/S.299)</sup>.

### II.4.1 Projektplanung und Öffentlichkeitsarbeit

#### II.4.1.1 Projektplanung

Für Planungszwecke fand eine Kontaktaufnahme mit dem Schul- und Kultusreferat der Landeshauptstadt München statt. Nach deren Zusicherung, an Münchner Schulen Unterrichtseinheiten anbieten zu dürfen, wurde im Oktober 2001 eine Arbeitsgruppe (AG Schule) zusammengestellt. Diese interdisziplinäre Gruppe umfasste drei BASTA-Mitarbeiter (eine weibliche und einen männlichen Psychiatrie Erfahrene/n, eine Diplompsychologin), einen Vertreter des Pädagogischen Instituts der Stadt München und die Autorin. Nach eingehender Recherche des Schulprojekts der Anti-Stigma Gruppe „irrsinnig menschlich e.V.“ in Leipzig und der Ergebnisse internationaler Anti-Stigma Projekte <sup>(38,41,48)</sup>, wurden folgende Anforderungen an das „Lernpaket psychisch Kranke“ festgelegt:

- Inhaltliche Ziele waren die
  - Anregung zur Reflexion über das soziale Gefüge der Gesellschaft und die Position von Minderheiten im alltäglichen Umfeld,
  - Informationsweitergabe über und Sensibilisierung für das subjektive Erleben psychisch Kranker,

- Wissensvermittlung auf dem Gebiet der Ursachen, der Symptomatik und der Therapiemöglichkeiten des Krankheitsbildes „Schizophrenie“ und
- Weitergabe von Adressen an die sich die SchülerInnen beim Auftreten psychischer Krankheiten wenden können.
- Die organisatorische und didaktische Gestaltung sollte abzielen auf die
  - Planung mindestens einer Lerneinheit mit je einem Psychiatrie Erfahrenen und einem professionellen Helfer,
  - Konzeption der Lerninhalte mit der Orientierung an Lehrplanzielen (problem-, handlungs- und schülerorientiert),
  - Einsetzbarkeit für Jugendliche im Alter zwischen 15 und 20 Jahren in den Fachbereichen Ethik, Religion, Deutsch und Sozialkunde aller Schularten,
  - Flexibilität der Materialien (d.h. der Lehrer kann diese an unterschiedliche Leistungsfähigkeiten der SchülerInnen anpassen) und
  - Minimierung des Organisationsaufwandes für Lehrkräfte (d.h. das Lernpaket kann unproblematisch in das tägliche Unterrichtsgeschehen eingebaut werden).

#### **II.4.1.2 Öffentlichkeitsarbeit**

Um das „Lernpaket psychisch Kranke“ auch nach Abschluss der Promotionsarbeit weiter einsetzen zu können, wurden verschiedene Möglichkeiten der Öffentlichkeitsarbeit geplant und zum Teil verwirklicht:

- die Veröffentlichung von Berichten über das Projekt in Printmedien, im Internet, Hörfunk und Fernsehen,
- die Beschreibung des Lernpakets auf der Website und einer öffentlichkeitswirksamen Broschüre der BASTA,
- die Produktion eines Videos zur Vorstellung der Bausteine des Lernpakets und
- die Vorstellung des Lernpakets im Rahmen regionaler Fachbereichslehrerkonferenzen.

Bis dato wurden im Rahmen einer einstündigen Radiosendung im Bayerischen Rundfunk (Bayern 2) Informationen zum Lernpaket weitergegeben und es konnten Projektbeschreibungen auf der Website und in den Broschüren der BASTA sowie eine Veröffentlichung auf einer Website für Lehrer (<http://www.lehrer-online.de/dyn/12.htm>) verwirklicht werden. Die Videodokumentation und Studiodiskussion zum Lernpaket wurde mit Hilfe von dem Ausbildungsfernsehsender „Zecher TV“ (zfv) in München ermöglicht, die davon erstellten Kopien für weitere Werbemaßnahmen liegen vor.

## **II.4.2 Material und Methodik**

### ***II.4.2.1 Die Bausteine des Lernpakets und deren Zielsetzung***

Das Lernpaket gliederte sich in vier Bausteine, wobei diese unabhängig voneinander und in beliebiger Reihenfolge genutzt werden konnten. Die einzige Vorgabe bestand darin, dass die Begegnung der SchülerInnen mit dem psychisch Kranken und dem professionellen Helfer (Baustein 4) die letzte Unterrichtseinheit darstellen sollte. Diese Begegnung stand im Zentrum und stellte den Höhepunkt des Lernpakets dar. Die drei vorausgehenden Bausteine waren als Vorbereitung für dieses Treffen gedacht und sollten in Hinblick auf den vierten Baustein das Interesse und Wissen der SchülerInnen steigern. Für die Umsetzung des Lernpakets wurden insgesamt mindestens sechs Schulstunden zu je 45 Minuten benötigt (zwei Einzel- und zwei Doppelstunden). Diesen Zeitrahmen konnten die/der LehrerIn nach Belieben auf mehrere Schulstunden ausdehnen.

#### 1. Baustein: Das Satzpuzzle (mind. 1 Unterrichtseinheit)

Das Satzpuzzle bestand aus 21 Sätzen (neun schweren und 12 leichten Sätzen mit unterschiedlichen Schwierigkeitsstufen bezüglich Inhalt, Wortwahl und Satzlänge), die sich sowohl mit klassischen Vorurteilen gegenüber psychischen Erkrankungen (z.B. „Die Irren gehören hinter Schloss und Riegel.“) als auch alltäglichen Situationen (z.B. „Mit Malen kann ich meine Gefühle ausdrücken.“) von psychisch Kranken beschäftigten (siehe Tabelle 24 im Anhang). Die Worte, aus denen die Sätze aufgebaut waren, wurden an Kleingruppen von zwei bis vier SchülerInnen (entsprechend der Gesamtzahl der teilnehmenden SchülerInnen) innerhalb der Klasse ausgeteilt. Die Aufgabe der Jugendlichen bestand darin, die Sätze zusammensetzen und ihre Bedeutung vorerst in der Kleingruppe zu diskutieren. Anschließend stellte ein Vertreter jeder Kleingruppe den Satz im Plenum vor, was als Grundlage zu einer weiterführenden Diskussion im Klassenverband diente.

Zur leichteren Handhabung für LehrerInnen und SchülerInnen wurde für den Baustein „Satzpuzzle“ ein Magnetsystem entwickelt. Die einzelnen Worte wurden hierzu auf entsprechend langen Magnetbandstücken aufgebracht, die auf einem speziellen Träger (Din A 4-Format) hafteten und in einen Ordner eingeklebt werden konnten. So war es der Lehrkraft möglich, bequem einen Satz auszuwählen und die Worte vermischt auszugeben. Nachdem die SchülerInnen einen Satz auf dem Träger zusammengesetzt hatten, konnte die Lehrkraft die Richtigkeit der Aufgabenerfüllung und die Vollständigkeit des Satzes mit einem Blick überprüfen.

Dieser spielerische Einstieg in das Thema „psychische Krankheiten und ihr Stigma“ zielte darauf ab, die Jugendlichen an die Problematik heranzuführen und sie zur Reflexion über ihre eigenen Meinungen, Vorurteile und/oder ihre soziale Distanz anzuregen.



## 2. Baustein: Die Lebenslauf-Referate (mind. 45 Minuten)

Hierbei sollten auf der Grundlage von vorgefertigten, realen Lebensläufen (neun Lebensläufe verschiedener Menschen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen) und dazugehörigen Fotografien von den SchülerInnen Kurzreferate gehalten werden. Die Lebensläufe waren inhaltlich und formal abweichend von gängigen Lebensläufen, da sie die Krankheit des jeweiligen Betroffenen zum Schwerpunkt hatten und eventuell bestehende Vorurteile thematisierten.

Um diese beschriebenen Lebensläufe zusammen zu stellen, musste in einem ersten Schritt (nach einer ausführlichen Erklärung des Projekts) von den mitarbeitenden psychisch Kranken eine Einverständniserklärung unterzeichnet werden, dass diese der Veröffentlichung ihrer persönlichen Informationen im Rahmen des Lernpakets „Psychisch Kranke“ zustimmten. Zusätzlich musste ein Nachweis der Unterschriftsbefähigung durch deren behandelnde Ärzte vorliegen. Anschließend erhielten die Betroffenen einen „Fragebogen zum Lebenslauf“, in welchem nach persönlichen Eckdaten, krankheitsspezifischen und therapeutischen Details sowie persönlichen Wünschen und Vorstellungen gefragt wurde (siehe Anlage 9). Aus diesen Informationen des „Fragebogens zum Lebenslauf“ wurde ein stichpunktartiger Lebenslauf mit 13 Unterpunkten zusammengestellt (siehe Anlage 10). Die Namen der Betroffenen wurden mit Pseudonymen ersetzt und es wurden von ihnen Portraitaufnahmen gesammelt, die je nach Belieben auch anonym (die Person wurde nur von hinten fotografiert) erstellt wurden.

Den Lehrkräften wurde empfohlen, immer von zwei SchülerInnen einen stichpunktartig konzipierten Lebenslauf bearbeiten und maximal zwei bis drei (pro Unterrichtsstunde) Referate vortragen zu lassen (je Kurzvortrag ca. 15 Minuten). In der verbleibenden Unterrichtszeit konnten Fragen der SchülerInnen zu Begriffen in den Lebensläufen gesammelt und für den vierten Baustein (die Begegnung) bereitgestellt werden.

Diese Form der Sensibilisierung sollte die Komplexität der Erkrankung und deren Auswirkung auf die unterschiedlichen Bereiche des Lebens (Familie, Beruf, Freizeitaktivitäten) aufzeigen und die Aufmerksamkeit der SchülerInnen für den „Menschen hinter der Krankheit“ steigern.

## 3. Baustein: Das Interview (mind. 90 Minuten)

Das Interview stellte eine schulische Außenaktivität dar: eine Befragung in der näheren schulischen (Bahnhof, Fußgängerzone etc.) oder auch privaten Umgebung (Nachbarschaft, Sportverein, etc.). Durch diese Form der „Öffentlichkeitsarbeit“ mit Hilfe der SchülerInnen konnten zwei Ziele verfolgt werden: Die Jugendlichen wurden in dieser Aufgabe a) zu „Forschern“ und b) zu „Aufklärern“. Zu a) Als Forscher wurde ihnen die Varianz der Meinungen und des Wissens in der Bevölkerung gegenüber psychischen Krankheiten

bewusst gemacht. Die SchülerInnen sammelten darüber Daten, die zur späteren Auswertung in der Klasse genutzt werden konnten. Zu b) Zusätzlich wurden die Jugendlichen durch die Ausgabe eines Informationsblattes als „Aufklärer“ aktiv, was sie ermuntern sollte ihr Wissen zu erweitern um als „Lehrende“ aktiv werden zu können.

Als Grundlage für diesen Baustein wurde ein kurzer Fragebogen entwickelt, anhand dessen die Interviews - beispielsweise von Passanten (d.h. Repräsentanten der Allgemeinbevölkerung) - durchgeführt werden konnten. Der Fragebogen thematisierte wichtige Details zur Schizophrenie (Krankheitsbild, Ursache, Therapie) und bot schon während der Durchführung des Interviews einen Sensibilisierungs- und Lerneffekt für SchülerInnen und Befragte (siehe Anlage 11). Mit der Verteilung eines Informationsblattes (siehe Anlage 12), das den Interviewpartnern eine detaillierte Erklärung zu den gestellten Fragen lieferte, endete die Befragung.

Dieser Block des Schulpakets sollte auf die direkte „Begegnung“ (Baustein 4) vorbereiten, das Interesse steigern, das Wissen der Jugendlichen vermehren und das Selbstbewusstsein im Umgang mit dem Thema psychische Krankheiten stärken.

#### 4. Baustein: Die Begegnung (mind. 90 Minuten)

Die Begegnung mit einem psychisch Erkrankten stellte das Zentrum des Lernpakets dar. Für diesen Block war die Dauer von mindestens zwei Doppelstunden vorgesehen. Grundlage war eine ca. 10 bis 15-minütige persönliche Vorstellung durch den psychisch Kranken selbst, der wichtige Punkte aus seiner Lebens- und Krankheitsgeschichte erzählte. Die SchülerInnen wurden ermuntert, im Anschluss daran Fragen an den professionellen Helfer und den psychisch Kranken zu stellen.

Dieser persönliche Kontakt und der dabei stattfindende Dialog sollte Berührungsängsten entgegenwirken, die soziale Kompetenz der Jugendlichen stärken und ihnen vermitteln, dass es möglich ist, über seelische Probleme zu sprechen. Durch die anschauliche und lebendige Begegnung sollten die Jugendlichen nicht nur abstrakt und aus der Distanz etwas über psychische Krankheiten lernen, sondern im persönlichen Gespräch und durch emotionales Erleben an Erfahrung gewinnen. Die Teilnehmer konnten so nicht nur Vorurteile und Klischees überprüfen und revidieren, sondern auch Verständnis, Respekt und Wissen über und gegenüber psychischen Krankheiten erlangen.

Die Materialien der Bausteine des Lernpakets „psychisch Kranke“ wurden bewusst in einer Form konzipiert, die den herkömmlichen Frontalunterricht vermeidet. Die spielerische Informationsvermittlung sollte den Lerneffekt verstärken und eine Sensibilisierung durch emotionale Beteiligung ermöglichen. Das Lernpaket hatte keinen speziellen Seminarcharakter und benötigte deshalb keine speziellen Vorbereitungen und keinen

besonderen organisatorischen Rahmen (wie z.B. Projektwochen), wodurch es jederzeit nahtlos ins Unterrichtsgeschehen eingebunden werden konnte.

#### **II.4.2.2 Die Pilotreihe**

Entwicklung und Testung der Materialien wurden in einem Pilotprojekt durchgeführt. Die Pilotreihe wurde an vier unterschiedlichen Schulen in insgesamt acht Klassen eingesetzt (siehe Tabelle 6). Der Kontakt zu den vier Lehrkräften dieser Klassen kam durch das Pädagogische Institut der Landeshauptstadt München zustande. Die Projekte begannen am 10. Januar 2003, die letzte Evaluation (siehe II.3.1.6) fand am 4. Juli 2003 statt und schloss die Pilotreihe ab. Insgesamt nahmen 165 SchülerInnen daran teil. Der vierte Baustein (die Begegnung) wurde während der Pilotreihe in allen Klassen durch den psychisch Erkrankten Herrn H. (mit der Diagnose einer schizoaffektiven Psychose) gestaltet.

**Tabelle 6: Teilnehmende Schulen und Klassen der Pilotreihe**

<b>Schule</b>	<b>Kurzname der Klasse (schulintern)</b>	<b>Fachrichtung der Lehrkraft</b>	<b>Anzahl der Schüler/innen pro Klasse</b>
Städt. Berufsfachschule für Diätetik, Hauswirtschaft und Sozialpflege, Antonienstr. 6, München	HW 2a	Deutsch/Ethik	18
Städt. Berufsfachschule für Diätetik, Hauswirtschaft und Sozialpflege, Antonienstr. 6, München	HW 2b	Deutsch/Ethik	12
Städt. Berufsfachschule für Diätetik, Hauswirtschaft und Sozialpflege, Antonienstr. 6, München	HW 3	Deutsch/Ethik	15
Städt. Berufsfachschule für Diätetik, Hauswirtschaft und Sozialpflege, Antonienstr. 6, München	Soz 2a/2b	Deutsch/Ethik	28
Berufsschule für Großhandels- und Automobilkaufleute, Luisenstr. 29, München	11 GB 51	Religion/Ethik	12
Berufsschule für Großhandels- und Automobilkaufleute, Luisenstr. 29, München	12 AT 52	Religion/Ethik	27
Berufsschule für Medienberufe, Schwere-Reiter-Str. 35, München	MK	Religion/Ethik	24
Städt. Berufsschule für Fachkräfte in Arzt- und Tierarztpraxen und Pharm.-kaufm. Angestellte, Orleansstr. 11, München	A1H	Religion/ Ethik	29

*Legende: HW = Klasse für Hauswirtschaftslehre, Soz = Klasse im Sozialpflegeunterricht, GB = Klasse mit Großhandelskaufleuten, AT = Klasse mit Automobilkaufleuten, MK = Klasse für Medienberufe, AH = ArzthelferInnen*

### II.4.2.3 Evaluation

Zur Evaluation wurden an die SchülerInnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Pilotreihe drei verschiedene Arten von Fragebögen ausgegeben. Es handelte sich dabei um einen etablierten „Wissensfragebogen“ mit 107 Einzelitems aus der PIP-Studie <sup>(7/S.20)</sup> in Multiple Choice Form (siehe Anlage 13) und um den validierten „Einstellungsfragebogen“ („Vorurteile und Tatsachen über Schizophrenie – was denken Sie darüber“) bestehend aus 25 Items, mit drei zusätzlichen soziodemographischen Fragen und vier Punkten zu Vorwissen und Begegnung mit psychisch Kranken. Nach Absprache mit Prof. Angermeyer und Frau Beate Schulze durfte dieser letztgenannte Fragebogen noch vor dessen Veröffentlichung eingesetzt werden (siehe Anlage 14). Die spätere Auswertung sollte sich dann an den Fragen orientieren, die in der Publikation von Schulze et al. <sup>(54)</sup> genauer betrachtet worden waren. Der dritte Fragebogen wurde zur Evaluation der Unterrichtseinheiten („UE“) neu entwickelt und beinhaltete acht Fragen zur Einschätzung des Lernpakets aus Sicht der Schüler (siehe Anlage 15).

„Wissensfragebogen“ (W-FB) und „Einstellungsfragebogen“ (E-FB) wurden zu drei Zeitpunkten, prä- (ein bis zwei Tage vor dem ersten Baustein) und postinterventionell (im Anschluss an die persönliche Begegnung) sowie ein Monat (+/- drei Tage) nach dem vierten und letzten Baustein zur Beantwortung an alle teilnehmenden SchülerInnen des Pilotprojekts ausgeteilt. Die Evaluation der UE erfolgte direkt im Anschluss an den vierten Baustein (die Begegnung).

**Tabelle 7: Evaluationsplan zum Schulprojekt**

Fragebogen	Prä	post	post 1 Monat
W-FB	x	x	x
E-FB	x	x	x
UE		x	

### II.4.3 Ergebnisse

Von den insgesamt 165 Teilnehmern am Lernpaket konnte bei 113 eine komplette Datenerhebung zu jeweils drei Evaluationszeitpunkten durchgeführt werden. Bedingt durch Fehlzeiten waren beim vierten Baustein (Begegnung mit einem psychisch Kranken) des Lernpakets 145 SchülerInnen anwesend, weshalb sich die Anzahl der Fragebögen zur Unterrichtsevaluation von der Gesamtzahl der Wissens- und Einstellungsfragebögen unterscheidet.

Insgesamt nahmen 24 männliche und 89 weibliche Teilnehmer an allen vier Bausteinen des Projektes teil, das Durchschnittsalter errechnete sich im Median auf 18 Jahre (zwischen 16 und 26 Jahren).

Die Tabelle 8 zeigt eine Übersicht der prozentualen Verteilung von SchülerInnen bezüglich der unterschiedlichen Schultypen. Den größten Anteil (29%) nimmt die Schule für Hauswirtschaft ein.

**Tabelle 8: Verteilung der SchülerInnen innerhalb der Schultypen**

Schultypen	Schülerzahl	Anteil [%]
Berufsfachschule (BFS) für Sozialpflege	13	11,5
Berufsschule (BS) für Medienberufe	20	17,7
BS für Fachkräfte in Arztpraxen	17	15,0
BS für Großhandels- und Automobilkaufleute	30	26,5
BFS für Hauswirtschaft	33	29,1

#### **II.4.3.1 Der Wissensfragebogen**

Die Daten des W-FB waren nur annähernd normalverteilt, weshalb zur Berechnung von Präinterventions- und Postinterventionsvergleiche der nicht-parametrische Wilcoxon-Test für verbundene Stichproben verwendet (Tabelle 9) wurde. Zu Beginn der Berechnungen wurden Summenscores aller zu den unterschiedlichen Evaluationszeitpunkten abgegebenen Antworten erstellt (präinterventionell, unmittelbar postinterventionell, ein Monat bzw. drei Monate nach der Intervention).

**Tabelle 9: Ergebnisse des Wissensfragebogens (Wilcoxon-Test); (T<sub>0</sub> = präinterventionelle Evaluation, T<sub>1</sub> = postinterventionelle Evaluation, T<sub>2</sub> = Evaluation nach einem Monat, T<sub>3</sub> = Evaluation nach drei Monaten)**

Evaluationszeitpunkte	T <sub>0</sub> /T <sub>1</sub>	T <sub>0</sub> /T <sub>2</sub>	T <sub>0</sub> /T <sub>3</sub>	T <sub>1</sub> /T <sub>2</sub>	T <sub>1</sub> /T <sub>3</sub>
Fallzahl (n)	113	100	13	100	13
Signifikanz (p)	< 0,0001	< 0,0001	< 0,009	< 0,457	< 0,221

Der Summenvergleich zeigte einen hoch signifikanten Wissenszuwachs ( $p < 0,0001$ ;  $Z = -8,903$ ) zwischen der prä- und postinterventionellen Evaluation. Ein Monat nach der Intervention konnte weiterhin eine zur präinterventionellen Evaluation hoch signifikante Verbesserung ( $p < 0,0001$ ;  $Z = -8,503$ ) des Wissens über psychisch Erkrankte und die Diagnose „Schizophrenie“ verzeichnet werden. Der Wissenszuwachs zeigt sich somit als stabil und anhaltend. Weiterhin konnte eine signifikante Verbesserung des Wissens bei der Befragung einer kleineren Untergruppe von SchülerInnen ( $n=13$ ) drei Monate nach Abschluss des Projekts nachgewiesen werden ( $p < 0,009$ ;  $Z = -2,624$ ). Ein weiterer wichtiger Aspekt war, dass sich die Resultate zwischen der unmittelbar postinterventionellen Messung und der Evaluation einen Monat ( $p = 0,457$ ;  $Z = -0,743$ ) bzw. drei Monate ( $p = 0,221$ ;  $Z = -1,224$ ) nach Beendigung der Anti-Stigma Intervention nicht weiter veränderten, was die Stabilität und Nachhaltigkeit der Intervention bestätigte.

### **II.4.3.2 Der Einstellungsfragebogen**

Dieser von Schulze et al. <sup>(54/S.5)</sup> speziell für Adoleszenten entwickelte Fragebogen evaluiert die Einstellung von Jugendlichen gegenüber an Schizophrenie erkrankten Menschen und beinhaltet zwei Themenbereiche: Stereotype der Krankheit Schizophrenie und soziale Distanz, d.h. die Bereitschaft der SchülerInnen auf unterschiedliche Weise Kontakte mit Schizophreniekranken aufzunehmen und Beziehungen einzugehen (z.B. Freundschaften, Kontakte innerhalb der Klassengemeinschaft oder Liebesbeziehungen). Die Auswertung der Daten des Lernpakets „Psychisch Kranke“ orientierte sich größtenteils an der bei Schulze et al. <sup>(54/S.5)</sup> dargestellten Auswertestrategie.

Der Einstellungsfragebogen begann mit einer freien, offenen Frage. Für die Auswertung wurde eine Sichtung aller Antworten vorgenommen, um Sammelbegriffe auszuwählen. Wenn von den SchülerInnen mehrere Angaben (die sich unterschiedlichen Sammelbegriffen zuordnen ließen) gemacht wurden, wurde für die Auswertung immer die erstgenannte Anmerkung gewertet. Unter dem Begriff „Sonstiges“ sammeln sich Angaben, die nur einmalig oder selten genannt wurden.

Die Tabelle 10 zeigt die unterschiedlichen Aussagen der TeilnehmerInnen zu drei Evaluationszeitpunkten im Vergleich zur Erstbefragung ( $T_0$ ). Zusammengefasst konnte eine Einstellungsverbesserung verzeichnet werden, besonders in der postinterventionellen Evaluation und der Befragung nach einem Monat. Nur 29,3% der SchülerInnen assoziierten vor der Projektdurchführung mit dem Wort „Schizophrenie“ eine „Krankheit“ bzw. sogar eine „psychische Krankheit“. Postinterventionell gaben mehr als die Hälfte (54%) der Jugendlichen eine dieser zwei Antworten. Entsprechend verhielt sich die Aussage, dass „Schizophrenie“ etwas mit einer Persönlichkeits- oder Bewusstseinsspaltung zu tun hat. 31% waren präinterventionell dieser Meinung und nur 0,9% postinterventionell.

Generell zeigte sich eine positive Tendenz in den Antworten, da im Gegensatz zur Befragung bei  $T_0$ , nach der Intervention mehr als die doppelte Menge der Teilnehmer ( $T_0$ : 37,2%;  $T_1$ : 77,9%) inhaltlich richtige Begriffe („Krankheit“, „psychische Krankheit“, „Wahrnehmungsstörung“, „Halluzinationen“, „Psychose“) mit dem Wort „Schizophrenie“ assoziierten. Diese positive Einstellungsveränderung konnte auch nach einem Monat noch nachgewiesen werden.

Vollständigkeitshalber zeigt die Tabelle 10 auch die Resultate der Stichprobe, welche vor der Intervention und drei Monate postinterventionell ausgewertet wurden. Durch die kleine Fallzahl ( $N=13$ ) müssen die Ergebnisse unter Vorbehalt betrachtet werden, da die Gruppe nicht das Kriterium einer repräsentativen Stichprobe erfüllt.

**Tabelle 10: Häufigkeitsverteilung und deren Veränderung in den Evaluationszeitpunkten (T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub>, T<sub>0</sub>/T<sub>2</sub> und T<sub>0</sub>/T<sub>3</sub>) auf die Frage 1: „Was fällt Ihnen zum Begriff Schizophrenie als erstes ein?“**

Sammelbegriffe der Antworten zur Frage 1	Häufigkeiten (%)	Häufigkeiten (%)	Häufigkeiten (%)
	T <sub>0</sub> /T <sub>1</sub> N=113	T <sub>0</sub> /T <sub>2</sub> N =100	T <sub>0</sub> /T <sub>3</sub> N = 13
<b>Antwort</b>			
a) <i>kein Kommentar</i>	T <sub>0</sub> 21 (18,6) T <sub>1</sub> 18 (15,9)	T <sub>0</sub> 16 (16,0) T <sub>2</sub> 10 (10,0)	T <sub>0</sub> 5 (38,5) T <sub>3</sub> 1 (7,7)
b) <i>„Krankheit“</i>	T <sub>0</sub> 19 (16,8) T <sub>1</sub> 18 (15,9)	T <sub>0</sub> 17 (17,0) T <sub>2</sub> 25 (25,0)	T <sub>0</sub> 2 (15,4) T <sub>3</sub> 3 (23,1)
c) <i>„psychische Krankheit“</i>	T <sub>0</sub> 14 (12,4) T <sub>1</sub> 43 (38,1)	T <sub>0</sub> 10 (10,0) T <sub>2</sub> 38 (38,0)	T <sub>0</sub> 4 (30,8) T <sub>3</sub> 3 (23,1)
d) <i>„Persönlichkeits- bzw. Bewusstseinsspaltung</i>	T <sub>0</sub> 35 (31,0) T <sub>1</sub> 1 (0,9)	T <sub>0</sub> 34 (34,0) T <sub>2</sub> 2 (2,0)	T <sub>0</sub> 1 (7,7) T <sub>3</sub> 4 (30,8)
e) <i>„Wahrnehmungsstörung“</i>	T <sub>0</sub> 8 (7,1) T <sub>1</sub> 21 (18,6)	T <sub>0</sub> 8 (8,0) T <sub>2</sub> 14 (14,0)	T <sub>0</sub> 0 T <sub>3</sub> 1 (7,7)
f) <i>„Halluzinationen“</i>	T <sub>0</sub> 0 T <sub>1</sub> 1 (0,9)	T <sub>0</sub> 0 T <sub>2</sub> 2 (2,0)	T <sub>0</sub> 0 T <sub>3</sub> 0
g) <i>„Psychose“</i>	T <sub>0</sub> 1 (0,9) T <sub>1</sub> 5 (4,4)	T <sub>0</sub> 1 (1,0) T <sub>2</sub> 2 (2,0)	T <sub>0</sub> 0 T <sub>3</sub> 0
h) <i>„Traumwelt/ kein normales Leben“</i>	T <sub>0</sub> 0 T <sub>1</sub> 1 (0,9)	T <sub>0</sub> 0 T <sub>2</sub> 1 (1,0)	T <sub>0</sub> 0 T <sub>3</sub> 0
i) <i>„durchgeknallt“</i>	T <sub>0</sub> 1 (0,9) T <sub>1</sub> 1 (0,9)	T <sub>0</sub> 0 T <sub>2</sub> 1 (1,0)	T <sub>0</sub> 1 (7,7) T <sub>3</sub> 0
k) <i>Sonstiges</i>	T <sub>0</sub> 14 (12,4) T <sub>1</sub> 4 (3,5)	T <sub>0</sub> 14 (14,0) T <sub>2</sub> 5 (5,0)	T <sub>0</sub> 0 T <sub>3</sub> 1 (7,7)

Prozentangaben in Klammern. T<sub>0</sub> = präinterventionelle Evaluation, T<sub>1</sub> = unmittelbar postinterventionelle Evaluation, T<sub>2</sub> = Evaluation einen Monat nach der Intervention, T<sub>3</sub> = Evaluation drei Monate nach der Intervention.

Wie eingangs erwähnt, konnten innerhalb des Einstellungsfragebogens zwei Subskalen gebildet werden. Die Subskala „Stereotype“ beinhaltete sieben Unterpunkte (Tabelle 11), die Fragen zur „sozialen Distanz“ repräsentierten 12 Unterpunkte (Tabelle 12).

Im Laufe der Auswertung wurden bei beiden Subskalen drei prinzipielle Tendenzen sichtbar:

Zum einen („Tendenz 1“) kristallisierten sich Fragen heraus, bei denen die SchülerInnen in der postinterventionellen Befragungen zwar weniger „weiß nicht“ Antworten abgaben, sich jedoch (nach dem Projekt) eine Steigerung sowohl bei den positiven als auch negativen Einstellungen abzeichnete. Somit wurde zwar eine Meinungsbildung erreicht, allerdings keine eindeutige Verschiebung in die erwünschte positive Richtung.

Zum anderen („Tendenz 2“) zeigten sich bei gewissen Fragen bereits präinterventionell sehr positive Tendenzen, die erwartungsgemäß durch das Anti-Stigma Projekt nicht mehr wesentlich verbessert werden konnten.

Weiterhin wurden Fragen erkennbar („Tendenz 3“), bei denen die Jugendlichen größtenteils bereits präinterventionell die gewünschte positive Einstellung vertraten, aber zeitgleich auch ein hoher Anteil der Befragten noch unschlüssig war und deshalb die „weiß nicht“-Antwort wählte. Letzteres könnte bedeuten, dass die SchülerInnen weniger bereit waren sich zu Stereotypen zu äussern, die sie nicht durch eigene Erfahrungen überprüfen konnten<sup>(54/S.5)</sup>, sich demnach unsicher fühlten und sich deshalb für eine eher unschlüssige Antwort entschieden. Im Verlauf der Evaluation konnte bei dem größten Anteil dieser Fragen die Tendenz zu Einstellungsverbesserungen verzeichnet werden.

Wie sich die Stereotype im Einzelnen veränderten, ist in Tabelle 11 dargestellt. So konnten die Fragen **a)** und **g)** der oben beschriebenen „Tendenz 1“ zugeordnet werden. Innerhalb dieser beiden Fragen wurde keine Verbesserung der Einstellung durch das Projekt erkennbar, obwohl sich die Anzahl der „weiß nicht“-Antworten verringerte. Eine bereits präinterventionell höchst positive Einstellung, die sich durch das Lernpaket „Psychisch Kranke“ nicht weiter verbessern ließ, zeigte sich bei Frage **b)** („Tendenz 2“). Die Ergebnisse der Fragen **c)**, **d)**, **e)** und **f)** erschienen, im Sinne der Projektzielsetzung, positiv beeinflussbar („Tendenz 3“). Hierbei zeigte die präinterventionelle Evaluation bereits eine positive Ausgangslage, in der sich wenige Teilnehmer (zwischen 0,9% bei Frage **c)** und 5,3% bei Frage **d)**) für das negative Stereotyp entschieden, ein Großteil (zwischen 48,7% bei Frage **f)** und 77,9% bei Frage **c)**) bereits das positive Stereotyp wählten und die restlichen Befragten (zwischen 16,8% bei Frage **d)** und 45,1% bei Frage **f)**) in ihrer Einstellung noch unentschlossen waren. Eine Verschiebung der „weiß nicht“-Antworten, hin zu einer positiven Einstellung, konnte sowohl postinterventionell als auch (anhaltend) in der Evaluation einen Monat nach der Intervention nachgewiesen werden. Zusammengefasst erzielte das Anti-Stigma Projekt innerhalb der Subskala „Stereotype der Krankheit Schizophrenie“ in vier von sieben Unterpunkten eine Verbesserung im Sinne der Zielsetzung.



**Tabelle 11: Stereotype der Krankheit Schizophrenie (Subskala des Einstellungsfragebogens)**

Fragen	Zielgruppe			
	„stimme zu“	„stimme nicht zu“	„weiß nicht“	fehlende Werte
<b>a)</b>	Prüfungsstress kann jemand mit Schizophrenie nicht aushalten.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 11 (9,7)	20 (17,7)	82 (72,6)	0
T <sub>1</sub>	(n=113) 38 (33,6)	36 (31,9)	37 (32,7)	2
T <sub>2</sub>	(n=100) 21 (21,0)	43 (43,0)	35 (35,0)	1 (1,0)
T <sub>3</sub>	(n=13) 1 (7,7)	5 (38,5)	7 (53,8)	0
<b>b)</b>	Jemand der Schizophrenie hat, kommt meistens aus einer Familie, die wenig Geld hat.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 2 (1,8)	105 (92,9)	6 (5,3)	1 (0,9)
T <sub>1</sub>	(n=113) 4 (3,5)	106 (93,8)	3 (2,7)	0
T <sub>2</sub>	(n=100) 0	94 (94,0)	5 (5,0)	1 (1,0)
T <sub>3</sub>	(n=13) 0	12 (92,3)	1 (0,9)	0
<b>c)</b>	Jemandem der Schizophrenie hat können Ärzte nicht helfen.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 1 (0,9)	88 (77,9)	24 (21,2)	0
T <sub>1</sub>	(n=113) 0	112 (99,1)	0	1 (0,9)
T <sub>2</sub>	(n=100) 0	100 (100,0)	0	0
T <sub>3</sub>	(n=13) 0	11 (84,6)	2 (15,4)	0
<b>d)</b>	Vor jemandem der Schizophrenie hat, muss man sich in Acht nehmen.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 6 (5,3)	86 (76,1)	19 (16,8)	2 (1,8)
T <sub>1</sub>	(n=113) 5 (4,4)	104 (92,0)	4 (3,5)	0
T <sub>2</sub>	(n=100) 2 (2,0)	96 (96,0)	2 (2,0)	0
T <sub>3</sub>	(n=13) 1 (7,7)	10 (76,9)	2 (15,4)	0
<b>e)</b>	Jemand, der Schizophrenie hat, kann gut in der Schule sein.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 71 (62,8)	5 (4,4)	34 (30,1)	3 (2,7)
T <sub>1</sub>	(n=113) 100 (88,5)	3 (2,7)	10 (8,8)	0
T <sub>2</sub>	(n=100) 85 (85,0)	6 (6,0)	9 (9,0)	0
T <sub>3</sub>	(n=13) 8 (61,5)	0	5 (38,5)	0
<b>f)</b>	Jemand, der Schizophrenie hat, rastet wegen jeder Kleinigkeit aus.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 4 (3,5)	55 (48,7)	51 (45,1)	3 (2,7)
T <sub>1</sub>	(n=113) 1 (0,9)	104 (92,0)	6 (5,3)	2 (1,8)
T <sub>2</sub>	(n=100) 0	95 (95,0)	4 (4,0)	1 (1,0)
T <sub>3</sub>	(n=13) 0	12 (92,3)	1 (7,7)	0
<b>g)</b>	Schüler, die Schizophrenie haben, sind besonders gut in Kunst oder Musik.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 8 (7,1)	24 (21,2)	81 (71,7)	0
T <sub>1</sub>	(n=113) 32 (28,3)	33 (29,2)	47 (41,6)	1 (0,9)
T <sub>2</sub>	(n=100) 25 (25,0)	26 (26,0)	48 (48,0)	1 (1,0)
T <sub>3</sub>	(n=13) 3 (23,1)	1 (7,7)	9 (69,2)	0

Prozentangaben in Klammern. T<sub>0</sub> = präinterventionelle Evaluation, T<sub>1</sub> = postinterventionelle Evaluation, T<sub>2</sub> = Evaluation ein Monat nach der postinterventionellen Befragung, T<sub>3</sub> = Evaluation drei Monate nach der postinterventionellen Befragung

Analog zur ersten Subskala „Stereotype“ wurde die zweite Subskala „soziale Distanz der SchülerInnen gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind“ ausgewertet (Tabelle 12). Hier konnten die Fragen **b)** und **k)** der oben beschriebenen „Tendenz 1“ zugeordnet werden. Innerhalb dieser beiden Fragen wurde keine Verbesserung der Einstellung durch das Projekt erkennbar, obwohl sich die Anzahl der „weiß nicht“-Antworten verringerte. Bei den Fragen **d)** und **f)** war eine weitere Verbesserung der bereits in der Eingangsbefragung höchsten positiven Einstellungen nicht mehr möglich („Tendenz 2“). Die Resultate der Fragen **a), c), e), g), h), i), m)** und **n)** waren, im Sinne der Projektzielsetzung, positiv beeinflussbar („Tendenz 3“). Analog zur ersten Subskala zeigte die präinterventionelle Evaluation bei diesen Fragen bereits eine positive Ausgangslage, in der sich wenige Teilnehmer (zwischen 2,7% bei Frage **n)** und 9,7% bei Frage **c)**) für eine negative Einstellung – also für die soziale Distanz – entschieden. Weiterhin wählte bereits ein großer Anteil der Jugendlichen (zwischen 50,4% bei Frage **c)** und 77,9% bei den Fragen **e)** und **g)**) vor Projektbeginn Antworten mit einer positiven Einstellung aus. Die restlichen Teilnehmer (zwischen 17,7% bei Frage **e)** und 46,0% bei Frage **m)**) waren in ihrer Einstellung noch unentschieden. Eine Verschiebung der „weiß nicht“-Antworten, hin zu einer positiven Einstellung, konnte in allen acht Fragen sowohl postinterventionell als auch (anhaltend) in der Evaluation ein Monat nach der Intervention, nachgewiesen werden.

Im Überblick konnte somit innerhalb der Subskala „soziale Distanz der SchülerInnen gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind“ bei 2/3 aller Unterpunkte eine Verbesserung im Sinne der Projektzielsetzung erreicht werden.

Zur Vollständigkeit wurden in den Tabellen 11 und 12 auch die Ergebnisse der Evaluation nach drei Monaten integriert, wobei eine Interpretation im Gesamtkontext nur unter Berücksichtigung der geringen Fallzahl unternommen werden sollte.

Den 13 fehlenden Antworten bei Frage **h)** in der postinterventionellen Befragung nach drei Monaten (N = 13 ) liegt ein methodischer Fehler zugrunde. Die SchülerInnen konnten wegen diesem Methodikfehler bei zwei Evaluationszeitpunkten die besagte Frage nicht beantworten, weil die Fragebögen falsch kopiert worden waren und deshalb die letzte Frage der ersten Seite (Frage **h)**) auf allen Fragebögen verloren ging.

**Tabelle 12: Soziale Distanz der SchülerInnen gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind (Subskala des Einstellungsfragebogens)**

Fragen	Zielgruppe			
	„stimme zu“	„stimme nicht zu“	„weiß nicht“	fehlende Werte
<b>a)</b>	Es würde mir Angst machen, mich mit jemandem der Schizophrenie hat, zu unterhalten.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 5 (4,4)	76 (67,3)	32 (28,3)	0
T <sub>1</sub>	(n=113) 3 (2,7)	108 (95,6)	2 (1,8)	0
T <sub>2</sub>	(n=100) 1 (1,0)	98 (98,0)	0	1 (1,0)
T <sub>3</sub>	(n=13) 1 (7,7)	12 (92,3)	0	0
<b>b)</b>	Es würde mich nicht stören, mit jemandem der Schizophrenie hat, in eine Klasse zu gehen.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 78 (69,0)	10 (8,8)	24 (21,2)	1 (0,9)
T <sub>1</sub>	(n=113) 89 (78,8)	17 (15,0)	7 (6,2)	0
T <sub>2</sub>	(n=100) 77 (77,0)	18 (18,0)	4 (4,0)	1 (1,0)
T <sub>3</sub>	(n=13) 7 (53,8)	5 (38,5)	1 (7,7)	0
<b>c)</b>	Ich könnte mir vorstellen, mich mit jemandem, der Schizophrenie hat, anzufreunden.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 57 (50,4)	11 (9,7)	45 (39,8)	0
T <sub>1</sub>	(n=113) 93 (82,3)	6 (5,3)	13 (11,5)	1 (0,9)
T <sub>2</sub>	(n=100) 80 (80,0)	4 (4,0)	15 (15,0)	1 (1,0)
T <sub>3</sub>	(n=13) 7 (53,8)	3 (23,1)	3 (23,1)	0
<b>d)</b>	Mir wäre es peinlich, wenn meine Freunde es wüssten, wenn jemand in meiner Familie Schizophrenie hätte.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 11 (9,7)	87 (77,0)	15 (13,3)	0
T <sub>1</sub>	(n=113) 8 (7,1)	93 (82,3)	12 (10,6)	0
T <sub>2</sub>	(n=100) 7 (7,0)	85 (85,0)	8 (8,0)	0
T <sub>3</sub>	(n=13) 0	11 (84,6)	2 (15,4)	0
<b>e)</b>	Wenn mein Banknachbar Schizophrenie hätte, würde ich mich lieber wegsetzen.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 5 (4,4)	88 (77,9)	20 (17,7)	0
T <sub>1</sub>	(n=113) 5 (4,4)	99 (87,6)	9 (8,0)	0
T <sub>2</sub>	(n=100) 2 (2,0)	87 (87,0)	11 (11,0)	0
T <sub>3</sub>	(n=13) 1 (7,7)	8 (61,5)	4 (30,8)	0
<b>f)</b>	Wenn jemand von meinen Freunden an Schizophrenie erkranken würde, würde ich ihn im Krankenhaus besuchen.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 109 (96,5)	2 (1,8)	2 (1,8)	0
T <sub>1</sub>	(n=113) 109 (96,5)	2 (1,8)	2 (1,8)	0
T <sub>2</sub>	(n=100) 95 (95,0)	5 (5,0)	0	0
T <sub>3</sub>	(n=13) 13 (100,0)	0	0	0
<b>g)</b>	Jemanden, der Schizophrenie hat, würde ich nicht zu meiner Geburtstagsparty einladen.			
T <sub>0</sub>	(n=113) 4 (3,5)	88 (77,9)	21 (18,6)	0
T <sub>1</sub>	(n=113) 5 (4,4)	100 (88,5)	8 (7,1)	0
T <sub>2</sub>	(n=100) 4 (4,0)	85 (85,0)	11 (11,0)	0
T <sub>3</sub>	(n=13) 1 (7,7)	11 (84,6)	1 (7,7)	0

<b>h)</b>	Jemanden, der Schizophrenie hat, würde ich nicht mitbringen, wenn ich mich mit meinen Freunden treffe.				
T <sub>0</sub>	(n=113)	6 (5,3)	75 (66,4)	31 (27,4)	1 (0,9)
T <sub>1</sub>	(n=113)	3 (2,7)	84 (74,3)	13 (11,5)	13 (11,5)
T <sub>2</sub>	(n=100)	2 (2,0)	86 (86,0)	10 (10,0)	2 (2,0)
T <sub>3</sub>	(n=13)	0	0	0	13 (100,0)
<b>i)</b>	Jemanden mit Schizophrenie sollte man lieber nicht mit auf Klassenfahrt nehmen.				
T <sub>0</sub>	(n=113)	4 (3,5)	80 (70,8)	29 (25,7)	0
T <sub>1</sub>	(n=113)	3 (2,7)	102 (90,3)	8 (7,1)	0
T <sub>2</sub>	(n=100)	4 (4,0)	83 (83,0)	13 (13,0)	0
T <sub>3</sub>	(n=13)	1 (7,7)	11 (84,6)	1 (7,7)	0
<b>k)</b>	Ich würde mich nie im Leben in jemanden der Schizophrenie hat verlieben.				
T <sub>0</sub>	(n=113)	13 (11,5)	34 (30,1)	66 (58,4)	0
T <sub>1</sub>	(n=113)	7 (6,2)	50 (44,2)	55 (48,7)	1 (0,9)
T <sub>2</sub>	(n=100)	5 (5,0)	53 (53,0)	42 (42,0)	0
T <sub>3</sub>	(n=13)	2 (15,4)	4 (30,8)	7 (53,8)	0
<b>m)</b>	Jemand der Schizophrenie hat, sollte auf keinen Fall beruflich mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben.				
T <sub>0</sub>	(n=113)	13 (11,5)	48 (42,5)	52 (46,0)	0
T <sub>1</sub>	(n=113)	2 (1,8)	101 (89,4)	10 (8,8)	0
T <sub>2</sub>	(n=100)	11 (11,0)	73 (73,0)	16 (16,0)	0
T <sub>3</sub>	(n=13)	2 (15,4)	9 (69, 2)	2 (15,4)	0
<b>n)</b>	Einer der Schizophrenie hat, gehört nicht auf eine normale Schule.				
T <sub>0</sub>	(n=113)	3 (2,7)	77 (68,1)	33 (29,2)	0
T <sub>1</sub>	(n=113)	2 (1,8)	103 (91,2)	8 (7,1)	0
T <sub>2</sub>	(n=100)	3 (3,0)	88 (88,0)	9 (9,0)	0
T <sub>3</sub>	(n=13)	1 (7,7)	11 (84,6)	1 (7,7)	0

Prozentangaben in Klammern. T<sub>0</sub> = präinterventionelle Evaluation, T<sub>1</sub> = postinterventionelle Evaluation, T<sub>2</sub> = Evaluation ein Monat nach der postinterventionellen Befragung, T<sub>3</sub> = Evaluation drei Monate nach der postinterventionellen Befragung

### II.4.3.3 Die Unterrichtsevaluation

Die Unterrichtsevaluation am Ende des vierten Bausteins sollte den SchülerInnen die Möglichkeit zu Kritik und Lob geben und ihre Meinung gegenüber dem Lernpaket durch einen anonymen (ohne Angabe einer Kennung/ID-Nummer) Fragebogen objektivierbar machen.

Auf einer visuellen Skala konnten die TeilnehmerInnen bei sechs Fragen bis zu neun mögliche Punkte vergeben werden. In fünf der Fragen war die Zahl neun die positivste Bewertung. Frage vier evaluierte das Vorwissen der SchülerInnen („Die Informationen waren für mich neu bzw. bekannt“), wobei die Wertung neun bedeutete, dass alle Informationen des Lernpakets bereits bekannt waren.

Die Veranstaltung wurde von den TeilnehmerInnen mit einem Mittelwert von 8,3 als höchst sinnvoll eingeschätzt. In der gleichen Größenordnung gaben die SchülerInnen an, habe ihnen das Lernpaket „Psychisch Kranke“ gefallen (Mittelwert = 8,0). Weiterhin wurde die

Informationsvermittlung als spannend (Mittelwert = 7,1) und sehr verständlich (Mittelwert = 7,3) gewertet. Sehr gering schätzten die TeilnehmerInnen ihr Vorwissen gegenüber den vermittelten Informationen ein (Mittelwert = 2,3), was sich auch in den Daten des Wissensfragebogens widerspiegelte. Eine hohe Anzahl der Jugendlichen würden das Lernpaket auch anderen Schulklassen weiterempfehlen (Mittelwert = 7,4).

**Tabelle 13:** „Kann man durch die Begegnung mit psychisch Kranken Vorurteile verringern?“  
(Frage 6 der Unterrichtsevaluation)

<b>Antworten</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent %</b>
„ja“	140	96,6
„nein“	3	2,1
fehlende Antwort	2	1,4

Sehr viele SchülerInnen waren der Meinung (96,6 %), dass durch die Begegnung mit psychisch Kranken Vorurteile verringert werden können (Tabelle 13) und 95% aller Teilnehmer glaubten ebenfalls, dass diese Begegnung den Umgang mit den Erkrankten in alltäglichen Situationen verbessern kann.

Am Ende der Befragung wurden die TeilnehmerInnen aufgefordert Kommentare, Anmerkungen und Wünsche anzuführen. Für die Auswertung wurde erneut eine Sichtung aller Antworten vorgenommen, um Sammelbegriffe zu benennen. Wenn mehrere Angaben gemacht worden waren, die sich unterschiedlichen Sammelbegriffen zuordnen ließen, wurde für die Auswertung immer die erstgenannte Anmerkung gewertet. Die Ergebnisse (Tabelle 14) zeigen zwar eine geringere Beteiligung der SchülerInnen („kein Kommentar“ = 46%), aber innerhalb der abgegebenen Anmerkungen war der Großteil (42%) eindeutig positiv.

**Tabelle 14:** „Raum für Kommentare, Anmerkungen und Wünsche“ (Frage 8 der Unterrichtsevaluation)

<b>Freie Antworten</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent %</b>
„kein Kommentar“	69	46
„Ist interessant und lehrreich.“	36	24
„Das Beste war die Begegnung mit dem Betroffenen.“	15	10
„Kranke sollen fair behandelt werden!“	7	4,7
„Ich werde in Zukunft aufklären, soweit ich kann!“	3	2,0
„Weiter so!“	2	1,3
„Gut, aber mit mehr Mediensatz wäre es besser.“	2	1,3

„Ich möchte mehr darüber erfahren.“	6	4,0
„Setzen Sie sich doch auch mehr für Kinder Betroffener ein!“	1	0,7
„Bitte keine Medikamentenverharmlosung!“	2	1,3
„Ich finde das Projekt schlecht.“	1	0,7
„Ich finde das Projekt beängstigend.“	1	0,7

#### II.4.3.4 Feedback

Im Rahmen einer klasseninternen Nachbereitung des Projekts, wurden die Jugendlichen aufgefordert eine schriftliche Stellungnahme zum Lernpaket „Psychisch Kranke“ abzugeben, woraus die Ausschnitte in den Tabellen 15 und 16 entnommen wurden.

**Tabelle 15: Beiträge von SchülernInnen der Städt. BFS für Diätetik, Hauswirtschaft und Sozialpflege im beruflichen Schulzentrum, Antonienstr. 6, München)**

„Ich dachte immer, Schizophrenie sei eine gespaltete Persönlichkeit. Jetzt weiß ich, dass die Patienten, die diese Krankheit haben, die Welt in zwei Versionen sehen. (...)“
„Die Aktion hat mir sehr gut gefallen. In Bezug auf psychisch Kranke eine Anti-Stigma Aktion zu starten, kann nur Vorteile bringen. Der Besuch von Herrn H. fand ich nicht nur sehr informativ, sondern auch sehr mutig. Er beantwortete offen alle Fragen und war stets freundlich. Wir wurden zeitweise stark in die Aktion involviert, z.B. durch die Umfrage, die wir machten, was mir sehr gut gefallen hat. (...) Alles in allem halte ich das Projekt für sehr gelungen.“
„Ich fand das Projekt sinnvoll, da z.B. das weitverbreitete Mißverständnis, dass Schizophreniekranken eine zwiegespaltene Persönlichkeit haben, aufgeklärt wurde. Durch die Begegnung konnten die Informationen viel genauer vermittelt werden. (...) Die Umfragen, die wir im Zusammenhang mit Schizophrenie gestartet hatten, waren zum Teil sehr erstaunlich, da die meisten Menschen nicht Bescheid wissen. (...)“
„Ich finde, dass BASTA eine super Sache ist und hoffe, dass noch viele Menschen über Schizophrenie aufgeklärt werden, da es doch viele Betroffene gibt und die Presse diese Krankheit in Verruf bringt. Das geht auch sehr einfach, weil die meisten Menschen nichts oder nur schlechte Dinge über Schizophrenie Kranke hören. In den Medien und in den Köpfen der Menschen wird Schizophrenie meist mit brutalen und aggressiven Kranken in Verbindung gebracht. Weil das nicht so ist, muss etwas unternommen werden! Alle Menschen haben das Recht normal behandelt zu werden. Ich fand die Aufklärung sehr interessant und informativ, aber leider viel zu kurz. Ich werde bestimmt keine Vorurteile gegen Menschen mit der Krankheit haben und werde versuchen, mein Wissen weiterzugeben.“

**Tabelle 16: Beiträge von SchülernInnen aus der Städt. Berufsschule für Fachkräfte in Arzt- und Tierarztpraxen und Pharm.-kaufm. Angestellte, Orleansstrasse, München**

„Am Anfang wusste ich gar nicht, was Schizophrenie ist. Ich wusste nur, dass es eine Krankheit ist, die man schwer heilen kann. Wenn ich vor dem Projekt eine an Schizophrenie erkrankte Person kennen gelernt hätte, hätte ich mich nie mit der Person abgegeben. (...) Da ich jetzt mit einer erkrankten Person gesprochen habe, die Herr H. heißt, habe ich keine Vorurteile mehr gegenüber an Schizophrenie erkrankten Personen. Mir ist auch aufgefallen, dass ich nicht die Einzige war, die nicht so viel von der Krankheit gewusst hat. Bei der Umfrage von Personen auf der Straße ist es mir besonders aufgefallen. Das Projekt hat mir wirklich gut gefallen und mich auch gut über psychische Krankheiten informiert.“

„Ich denke das Projekt über Schizophrenie sollen so viele SchülerInnen und Menschen miterleben wie möglich. Da ich es sehr wichtig finde über Dinge zu reden, die oft einfach unter den Tisch gefegt werden würden (...). Am Anfang habe ich nicht sehr viel über psychische Krankheiten gewusst oder mir Gedanken gemacht, jetzt ist es sehr wohl anders. (...) Vor allem den persönlichen Kontakt mit Herrn H. fand ich sehr spannend und viel normaler als ich davor noch gedacht habe. Einfach ein ganz normaler Mensch, der aber diese Krankheit hat und jetzt wieder im Leben steht und es meistert. Ich finde das eine tolle Leistung und ich wüsste nicht, wie es mir gehen würde. Es ist auch schön, dass er sich in dieses Projekt einbringt, denn er hat es erlebt und weiß, was es heißt psychisch krank zu sein. Persönlich kann ich jetzt lockerer damit umgehen und bin nicht mehr auf dem Stand, dass es den Menschen nicht gut gehen kann – das geht sehr wohl. Ich hoffe, wie gesagt, dass viele Menschen hinsehen und sich aufklären lassen, damit wir nicht noch mehr Randgruppen in unserer Gesellschaft bekommen. (...)“

Herr H., der als Betroffener alle Klassen der Pilotreihe besucht hat, äußerte sich zum „Lernpaket psychisch Kranke“ wie folgt (Tabelle 17):

**Tabelle 17: Beitrag von dem Betroffenen Herrn H.,**

„Beim ersten Besuch in einer Klasse im Rahmen des Schulprojektes war ich ziemlich aufgeregt, wie diese Veranstaltung wohl ablaufen würde. Nach ein paar einleitenden Sätzen, erhielt ich das Wort. Ich fing an aus meinem Leben mit Schwerpunkt auf meine Krankheit (schizophrene Psychose) zu erzählen. Ich gewann zunehmend an Sicherheit, nachdem ich merkte, wie aufmerksam die Schüler zuhörten. Bei den ersten Zwischenfragen der Schüler war das Eis schon gebrochen! Heute freue ich mich immer über einen Schulbesuch, weil ich mich immer mehr auch den schwierigeren Fragen gut gewachsen fühle und wir inzwischen ein gutes Team geworden sind. Ja, die Besuche bei den Schulklassen helfen mir, weil ich merke, dass das Interesse der Schüler echt ist und ich auf diese Weise noch an Selbstsicherheit gewinne und meine Vergangenheit nochmals aufarbeiten kann.“

### **III Diskussion**

Diese Promotionsarbeit hat zum Ziel, die bisher durchgeführten Anti-Stigma Projekte, ihre Methodik und ihre Wirksamkeit zusammenfassend darzustellen und zu evaluieren. Aufbauend auf den dabei gewonnen Erkenntnissen werden dann für die Zielgruppen SchülerInnen bzw. Polizeibeamte Interventionsstrategien entwickelt und in Pilotstudien erprobt. Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsschritte dieser Promotion (II.1 – II.4) nochmals abschließend diskutiert.

#### **III.1 Literaturrecherche und weltweite Suche nach Anti-Stigma Projekten**

Beide Untersuchungen wurden vorgenommen, um eine Übersicht über sowohl bereits veröffentlichte Interventionen als auch noch nicht publizierte bzw. nicht evaluierte Anti-Stigma Projekte zu bekommen. Dadurch sollte das breite Spektrum der durchgeführten Interventionen, der ausgewählten Zielgruppen und Ergebnisse überschaubar gemacht werden.

##### **III.1.1 Diskussion der Methoden**

Bei der Beurteilung der Ergebnisse der Literaturrecherche sind folgende Einschränkungen zu berücksichtigen: das Ergebnis einer solchen Recherche ist natürlich abhängig von der Wahl der „key words“, mit denen die Veröffentlichungen in den gängigen Suchmaschinen des Internets aufgefunden werden können. Diese „key words“ werden von den Autoren der Publikationen selbst bestimmt. Da das Thema „Stigmatisierung“ verschiedene Vertreter unterschiedlicher Fachrichtungen (z.B. Psychiater, Psychologen, Soziologen, psychiatrisches Pflegepersonal) interessiert, wurden möglicherweise individuell unterschiedliche „key words“ gewählt, was die Suche nach den relevanten Arbeiten erschwerte und die Vollständigkeit der Literaturübersicht limitierte. Um diese Limitation zu umgehen, wurde die Suche um die Recherche innerhalb der, in den Artikeln zitierten, Sekundärliteratur, sowie um eine Recherche mittels der Funktionstaste „related links“ von „Pubmed von Medline“ erweitert.

Zur Ergänzung der Literaturrecherche und um noch nicht publizierte bzw. nicht evaluierte Anti-Stigma Interventionen in die Auswertung mit aufnehmen zu können, wurde die weltweite Umfrage durchgeführt. Um hierüber möglichst viele Adressaten zu erreichen und zur Teilnahme zu motivieren, wurde die Befragung in zwei Sprachen (deutsch und englisch), und auf zwei Wegen – per Internet und per Post - durchgeführt. Die internetbasierte Version war so konzipiert, dass sie für alle Betriebssysteme zugänglich und kompatibel war. Die Internetbefragung stellt eine weltweit leicht zugängliche und kostensparende (keine Porto- oder Faxgebühren) Umfrageform dar, die zugleich eine geringe Bearbeitungszeit für den



Teilnehmer bedeutete und eine schnelle Informationsweiterleitung an die Autorin ermöglichte. Auf dem Postweg wurden alle Adressaten erreicht, von denen keine EMail-Adresse vorlag.

Des Weiteren wurden alle Adressaten bereits bekannter Anti-Stigma Projektzentren aufgefordert, den Fragebogen an weitere aktive Gruppierungen zu übermitteln, um möglichst viele Initiatoren von Anti-Stigma Projekten – auch solche, die nicht an große Institutionen angeschlossen waren - zu erreichen. Mit dieser Maßnahme wurde versucht, möglichst viele Teilnehmer zu erfassen.

### **III.1.2 Diskussion der Ergebnisse**

Das erste interessante Ergebnis der Literaturrecherche war die geringe Anzahl der auffindbaren Publikationen auf diesem Gebiet. Verglichen z.B. mit der Zahl publizierter randomisierter, kontrollierter Psychopharmakastudien ist die Zahl der Anti-Stigma Projekte mit 38 seit 1975 publizierten Projekten erstaunlich gering. Das „National Institute for Clinical Experience“ bezog sich zum Beispiel bei der Erstellung eines Leitfadens zum Gebrauch von Atypika bei der Schizophrenietherapie, auf 172 randomisierte und kontrollierte Psychopharmakastudien. Offensichtlich werden die personal- und zeitaufwendigen Anti-Stigma Projekte bislang zu wenig gefördert, zu selten durchgeführt und/oder zu selten publiziert.

Betrachtet man die weltweite Umfrage, fällt auch hierbei eine geringe Beteiligung auf. Die geringe Rücklaufquote von 9,6% (56 antwortende Organisationen) könnte zum Einen so erklärt werden, dass die Verantwortlichen von Anti-Stigma Projekten kein Interesse daran hatten, Hintergrundinformationen zu ihren Interventionen und Aktionen weiterzugeben. Zum Anderen könnte die weltweite Umfrage eine Spiegelung der realen Verhältnisse auf dem Sektor „Anti-Stigma“ sein. Vielleicht gibt es weltweit ja tatsächlich nur so wenig Anti-Stigma Projekte, obwohl seit sieben Jahren die weltweite WPA-Kampagne um Unterstützung, Publicity und Förderung von solchen Projekten wirbt.

Bei einer Analyse der Methoden von Anti-Stigma Projekten erschienen zwei Ergebnisse besonders interessant. Erstens zeigte sich, dass die Begegnung mit einem psychisch erkrankten Menschen als wichtiges Element innerhalb der meisten Projekte praktiziert wird. Sowohl in den publizierten Projekten (71%) als auch in den bei der weltweiten Umfrage berichteten Kampagnen (78%) wurde diese Strategie eingesetzt. Zweitens zeigte eine genaue Betrachtung der gewählten Zielgruppen bei beiden Recherchen, dass Anti-Stigma Projekte bei jungen Menschen als besonders wichtig eingestuft und somit bei SchülerInnen bzw. Jugendlichen am Häufigsten durchgeführt wurden.

### III.1.2.1 Die „Kontakthypothese“

Der positive Einfluss der direkten Begegnung mit einem psychisch erkrankten Menschen auf Einstellungen <sup>(15/S.531,27/S.257,32/S.172,38/S.S79,48/S.345)</sup>, Stereotype bzw. Vorurteile <sup>(8/S.407,12/S.187)</sup>, soziale Distanz <sup>(11/S.188,47/S.345)</sup> und Verhalten <sup>(13/S.293)</sup> gegenüber psychiatrischen Patienten, ist in der Literatur hinreichend beschrieben worden. Auch Tolomiczenko et al. <sup>(61/S.253)</sup> konnten von Forschungsergebnissen weiterer Arbeitsgruppen berichten, die positive Auswirkungen des direkten Kontakts mit psychisch Kranken beschrieben. Es gibt allerdings auch davon abweichende publizierte Ergebnisse, welche diese „Kontakthypothese“ nicht bestätigen konnten <sup>(9/S.33,32/S.176,35/S.1227,51/S.757)</sup>. Auf der Suche nach Erklärungen für diese konträren Resultate, müssen, sowohl bei der Betrachtung vergangener Projekte als auch in Hinblick auf neu geplante Interventionen, drei Fragen geklärt werden:

1. Fand im Rahmen des Projekts tatsächlich eine direkte Begegnung zwischen Zielgruppe und Betroffenen statt oder wird nur auf frühere Begegnungen der Zielgruppe mit psychisch Kranken Bezug genommen?
2. Inwieweit beeinflusste die Qualität der Begegnung mit einem psychisch Kranken, die im Rahmen des Anti-Stigma Projekts erfolgte, die Reduktion der Stigmatisierung?
3. Wurden Voreinstellungen der Zielgruppe gegenüber psychisch Kranken in die Überlegungen miteinbezogen?

Da eine ausführliche Diskussion, dieser Teilaspekte der Untersuchung, den Rahmen der Promotionsarbeit sprengen würde, sollen an dieser Stelle nur einige Überlegungen zur Beantwortung der oben genannten Fragen weitergegeben werden.

**Zur Frage 1:** Manche Autoren (so z.B. auch <sup>(50/S.227)</sup>) befragen die Zielgruppe nach früheren Kontakten (in der Vergangenheit) zu psychisch Erkrankten und nutzen diese Information dann als Erklärung für spezifische Einstellungsveränderungen. Das heißt, der „frühere Kontakt“ wird mit dem durchgeführten Projekt in Verbindung gebracht, obwohl dieses Projekt selbst keine strukturierte Begegnung beinhaltet.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist hierbei die Frage „Was war zuerst?“. Haben tolerante Grundeinstellungen der Zielgruppe einen Kontakt zu psychisch Kranken motiviert oder hat der Kontakt aktiv die Einstellung zum Positiven verändert? Diese Überlegungen sollten auch dann angestellt werden, wenn in Publikationen Projekte beschrieben werden, in denen die Zielgruppe sich die Teilnahme an der Anti-Stigma Intervention selbst aussuchen konnte (wie z.B. in der Publikation von Schulze et al. <sup>(54/S.8)</sup>). Menschen die das Thema „Psychiatrie“ ablehnen, wenig Toleranz gegenüber psychiatrischen Patienten zeigen und seelisch Kranke grundsätzlich stigmatisierend und diskriminierend behandeln – also Personen, die primäres Ziel von Anti-Stigma Kampagnen sein sollten – entscheiden sich wahrscheinlich eher nicht für eine Teilnahme an Aufklärungsprojekten.

Diese Hypothese wird indirekt durch die Untersuchung von Baumann et al. <sup>(6/S.377)</sup> unterstützt, da bei der beschriebenen Kinoveranstaltung in Düsseldorf fast 60% der Zuschauer zuvor Kontakt mit einem Schizophreniekranken hatten. Folglich wurde durch diese Veranstaltung ein Publikum angesprochen, das bereits für das Thema Schizophrenie sensibilisiert war. In Düsseldorf hatte eine Umfrage zuvor ergeben, dass im Gegensatz zum Publikum der Kinoveranstaltung, nur 19% der Allgemeinbevölkerung Kontakt zu Schizophreniekranken hatten.

Andere Autoren wiederum <sup>(9/S.35)</sup> evaluierten die Einflüsse von bereits bestehenden Kontakten, z.B. bei Pflegepersonal, die während ihrer Ausbildung Kontakt zu psychiatrischen Patienten haben und jeweils „davor“ und „danach“ in Evaluationen einbezogen werden.

Ergebnisse aus Studien wie diesen, können mit Resultaten bei denen im Zuge eines Projekts ein strukturierter Kontakt zu einem nicht akut erkrankten Patienten ermöglicht wurde <sup>(15/S.534)</sup>, nur unter Vorbehalt verglichen werden.

**Zur Frage 2:** Es liegt nahe, dass die Einstellung gegenüber der Gruppe psychisch kranker Menschen entscheidend davon beeinflusst wird, wie sich der „Erstkontakt“ mit Vertretern dieser Gruppe gestaltet. Trifft eine Person auf einen akut psychotisch erkrankten Menschen, ohne vorher einen derzeit unauffälligen Betroffenen kennen gelernt zu haben, kann sich dieses akute Bild eines psychiatrischen Patienten einprägen und die Einstellung negativ beeinflussen. Findet hingegen die erste Begegnung mit einem psychiatrischen Patienten, bei dem die Krankheit zwar Gesprächsthema ist, bei dem aber keine akuten Symptome in Erscheinung treten, dann kann dies die Einstellung positiv beeinflussen. Diese Überlegungen werden durch die Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus dem Seminar zur Sensibilisierung von Polizeibeamten (siehe III.2) unterstützt. Folglich ist die Frage „Welche Qualität hatte die Begegnung der Zielgruppe mit einem Betroffenen innerhalb des beschriebenen Projekts?“ von äußerster Wichtigkeit, wenn die Ergebnisse von Anti-Stigma Projekten betrachtet werden. Jaffe et al. <sup>(27)</sup> unterstützen diese Überlegungen mit einer interessanten Studie.

**Zu Frage 3:** Hierzu ist der soziologischen Literatur zu entnehmen, dass positive Einstellungsänderungen nur dann vergleichsweise leicht zu erzielen sind, wenn eine neutrale Voreinstellung gegenüber dem Thema besteht <sup>(51/S.763)</sup>. Eine neutrale Voreinstellung bezüglich psychisch Kranker ist aber wahrscheinlich eher selten. Im Allgemeinen ist leicht nachzuvollziehen, dass z.B. Polizeibeamte (die meist nur aggressiven Patienten begegnet sind) eine andere Voreinstellung zu psychisch Kranken haben, als SchwesternschülerInnen. Deshalb sollten mögliche negative bzw. positive Voreinstellungen der Zielgruppen besondere Beachtung bei der Auswertung von destigmatisierenden Projekten finden. Das heißt, wenn z.B. in einer Studie die Begegnung der Zielgruppe „Polizeibeamte“ mit psychisch Kranken keine Verbesserung in der Skala „soziale Distanz“ bewirken konnte, so muss dieses Ergebnis nicht automatisch der „Kontakthypothese“ widersprechen, sondern würde eher

nach einer genauen Analyse der Voreinstellungen der Zielgruppe sowie der Qualität der Begegnung (siehe oben Punkt „Zur Frage 1“) verlangen.

Nach diesen Erklärungsansätzen für die konträren Publikationen zum Thema „Kontakthypothese“ soll abschließend betont werden, dass erfreulicherweise immer mehr Anti-Stigma Interventionen veröffentlicht wurden, die Begegnungen mit psychiatrischen Patienten als festen Bestandteil einplanten.

### **III.1.2.2 Eignung von SchülerInnen/Jugendlichen als Zielgruppe von Anti-Stigma Projekten**

SchülerInnen und andere junge Menschen werden aus verschiedenen Gründen vermehrt als Zielgruppe für Anti-Stigma Projekte ausgewählt. Sie sind häufig wichtige Informationsquelle für ihre Familien, Freunde und Nachbarn und spielen z.B. in Drittweltländern eine essentielle Rolle in der Gesellschaft, da sie die „Augen und Ohren“ der Erwachsenen und Älteren sind, die teils weder Schreiben noch Lesen können <sup>(49/S.1022)</sup>. Aber auch in Industrieländern fungieren junge Menschen als Multiplikatoren für Informationen und sind „Trendsetter“. Da Einstellungen im Wesentlichen in der Jugend geformt werden, erscheint es sinnvoll, mit der Information über psychische Krankheiten bereits in der Schule zu beginnen <sup>(39/S.344)</sup>. Zusätzlich tendieren junge Menschen zu einer eher positiven Sichtweise gegenüber psychisch Kranken <sup>(54/S.5)</sup>. Wenn diese positive Grundeinstellung in der Jugend durch Wissensvermehrung und persönliche, emotionale Erfahrung vertieft werden kann, wird sie resistenter gegenüber unreflektierten Vorurteilen und Stereotypen in der Umgebung.

Weiterhin sind Jugendliche „potentielle Patienten von morgen“, wobei durch Aufklärung und Beschreibung von Symptomenkomplexen in dieser Zielgruppe die Früherkennung psychischer Krankheiten und damit unter Umständen ein, für den Verlauf wichtiger, früher Therapiebeginn gefördert werden kann. Bekannt ist außerdem, dass durch eine verringerte Stigmatisierung psychischer Krankheiten das „Hilfesuchverhalten“ von Patienten bei psychiatrischen Versorgungseinrichtungen und die Behandlungsbereitschaft generell verbessert werden kann <sup>(2/S.327,8/S.407,16/S.470,18/S.269,49/S.1022)</sup>. Ferner ist das schulische Umfeld eine „natürliche Umgebung“ für Jugendliche, in welcher sich diese (im Falle einer psychischen Erkrankung im Jugendalter) aufhalten oder in die sie, nach einer möglicherweise erforderlichen stationären Behandlung, zurückkehren. Je diskriminierender sich dann die Schulkameraden verhalten, desto stärker kann es zur „Eigenstigmatisierung“ (siehe I.1) und zur Ablehnung der Erkrankung sowie der Therapiemaßnahmen kommen. Aus diesen Gründen erscheinen Projekte und Aufklärungsaktionen für SchülerInnen als besonders vielversprechende Anti-Stigma Interventionen.

Diese Überlegungen waren auch ausschlaggebend, im Rahmen dieser Promotionsarbeit ein Projekt für SchülerInnen zu entwickeln.

### **III.1.2.3 Messinstrumente und Evaluationsskalen der Anti-Stigma Projekte**

Unsere Literaturübersicht ergab darüber hinaus, dass in Bezug auf die in den Anti-Stigma Projekten eingesetzten Messinstrumente noch ein Optimierungsbedarf besteht.

So wurden in der Mehrzahl der Projekte (60%) von den Untersuchern selbst entwickelte oder modifizierte (16%) Skalen verwendet. Von den 20 (24%) im Original verwendeten und validierten Fragebögen wurde nur die OMI-Skala (Literaturhinweis: Cohen, 1962) mehrfach (n=4) genutzt, jedoch leider bei verschiedenen Zielgruppen. Das Fehlen eines einheitlichen, allgemein anerkannten Instruments zur validen und reliablen Beurteilung der Wirksamkeit von Anti-Stigma Interventionen erschwerte die Beurteilung der verschiedenen Interventionen und den Vergleich ihrer Ergebnisse enorm. Andererseits wäre eine solche vergleichende Beurteilung sehr hilfreich, um bei der Planung neuer Anti-Stigma Projekte die wirksamsten Interventionen auswählen zu können.

Möglicherweise kann die WPA im Rahmen ihres, in mehr als 25 Ländern implementierten, Anti-Stigma Programms "Open the doors" hier eine Vorreiterrolle spielen und zur Durchsetzung einheitlicher Messinstrumente beitragen.

Betrachtet man nun die Evaluationsstrategien der Teilnehmer der weltweiten Umfrage, so gaben erfreulicherweise eine große Menge der Befragten an, die zielgruppenspezifischen Projekte zu evaluieren (64%). Leider waren diese evaluierten Daten bislang nur zu 50% ausgewertet und davon wiederum waren nur 6% publiziert. Auch fehlte in den allermeisten Fällen die Antwort auf die Frage, welche Skalen genau benutzt wurden. Dies lässt die Vermutung zu, dass die begleitenden Evaluationen mit selbst entwickelten Fragebögen durchgeführt wurden. Somit besteht bei der Beurteilung der Effektivität dieser Interventionen dasselbe Problem wie bei der Literaturübersicht.

In der weltweiten Umfrage wurden die Teilnehmer auch nach den Ergebnissen der evaluierten Projekte gefragt, die - nach Angabe der Untersucher - sehr positiv waren. 18 von 25 ausgewerteten Projekten führten zu einer Einstellungsverbesserung. Hier bleibt nur zu hoffen, dass die in 94% der Projekte noch fehlende Publikation dieser positiven Ergebnisse bald erfolgt, damit andere Arbeitsgruppen zu eigenen Projekten ermutigt werden und von diesen erfolgreichen Projekten lernen können. Hilfreich wäre hier sicher auch eine noch engere Zusammenarbeit der auf Selbsthilfebasis organisierten Anti-Stigma Projekte mit lokalen Forschungseinrichtungen. Ein konsequentes Publizieren - auch der negativen Ergebnisse - wäre auf jeden Fall für die Fortentwicklung der Anti-Stigma Bewegung sehr hilfreich und würde dazu beitragen, wirkungslose oder gar schädliche Interventionen zu verhindern. Ein positives Beispiel hierfür ist die Veröffentlichung von Baumann et al. <sup>(6/S.377)</sup>, die Ergebnisse publizierten, die es nahe legen bestimmte Kinofilme nicht für Anti-Stigma Veranstaltungen zu nutzen (siehe II.1.2.1).

### **III.2 Seminar zur Sensibilisierung von Polizeibeamten im Umgang mit psychisch Erkrankten und deren Angehörigen**

Die „Sensibilisierung von Polizeibeamten“ im Umgang mit psychisch Kranken stand im Mittelpunkt des Pilotprojektes an der Beamtenfachhochschule. Die Polizeibeamten befanden sich alle am Ende eines 2-jährigen Studiums und hatten im Dienstalltag bereits Erfahrungen mit psychisch Kranken sammeln können. Diese Erfahrungen stellten sich im Laufe der Pilotreihe als wichtige, fast unverzichtbare, Grundlage für Gespräche und Diskussionen mit der dialogischen Arbeitsgruppe heraus. Es könnte für junge Beamte und Berufsanfänger ohne Diensterfahrung schwierig sein, die ihnen völlig neuen Informationen des Seminars in ihren Dienstalltag zu übertragen, da sie über wenig praktische Erfahrung im Umgang mit Betroffenen und Angehörigen verfügen. Eine souveräne, selbstbewusste und dadurch flexible Haltung ist Grundlage für die Integration von sensiblen Feinheiten im Umgang mit verhaltensauffälligen Personen. Souveränität und Selbstbewusstsein steigern sich bekanntermaßen im Laufe der Berufserfahrung. Es scheint nachvollziehbar, dass unerfahrene Polizeischüler ihre Entscheidungsfindung und somit auch Verhaltensweise vermehrt an ihnen Rückhalt gewährenden Richtlinien, Vorschriften und Paragraphen orientieren und sich dadurch selbst absichern (Inhalte der Grundausbildung). Diese Annahmen konnten auch durch Erfahrungen in einem anderen Projekt der Arbeitsgruppe BASTA, bestätigt werden.

Ein weiterer einflussreicher Faktor der Erwähnung finden muss waren (unbewusst) die Seminarleiter selbst (psychisch Erkrankte, Angehörige und professionelle Helfer). An den drei Seminartagen waren jeweils unterschiedliche Seminarleiter für die Unterrichtsgestaltung zuständig. Die verschiedenartigen Erfahrungsberichte der Polizeibeamten und die unterschiedlichen Diagnosen der psychisch Erkrankten sowie deren Erzählstil und die daraus resultierende Sympathie, könnten einen Einfluss auf die Ergebnisse in den verschiedenen Klassen gehabt haben. Solche Einflussfaktoren sollten vor einer Evaluation der Seminareinheit erneut überdacht und dementsprechend dokumentiert werden.

Gerade die Begegnung der Seminarteilnehmer mit einem psychiatrischen Patienten kann einen bedeutenden Einfluss auf den Erfolg oder Misserfolg eines destigmatisierenden Projektes ausüben. In einer Vielzahl von Studien konnte ein deutlich positiver Effekt einer persönlichen Begegnung mit psychiatrischen Patienten und Angehörigen auf Einstellungen und Meinungen nachgewiesen werden <sup>(35/S.1227)</sup>. Die Ergebnisse der vorausgegangenen Fokusgruppendifkussionen stimmten in diesem Punkt mit der Literatur überein, weshalb die „persönliche Begegnung“ im Seminar als zentrales Element eingeplant wurde. Weiterhin ist bekannt, dass dieser positive Effekt des Kontaktes zu psychisch Kranken auch einen positiven Einfluss auf die soziale Distanz ausüben kann. Zum Beispiel wurde nachgewiesen, dass Repräsentanten der Allgemeinbevölkerung, die mit psychischen Krankheiten vertraut sind, weniger soziale Distanz gegenüber erkrankten Personen empfinden <sup>(11/S.193)</sup>. Auch die

Erfahrungen von Meise et al. stehen in Einklang mit diesen Ergebnissen. So konnte in einem Schulprojekt gezeigt werden, dass durch den Kontakt mit psychisch Kranken signifikante Unterschiede bei der sozialen Distanz zwischen Ziel- und Kontrollgruppe erreichbar waren (38/S.344). Eine weitere Arbeit (5/S.103) bestätigte diese Hypothese ebenfalls, wobei hier ein „stetiger Kontakt mit psychisch Kranken“ als destigmatisierend für die Allgemeinbevölkerung beschrieben wurde. Deshalb wurde die Planung und Durchführung des in der vorliegenden Promotionsarbeit beschriebenen Seminars in engster Zusammenarbeit mit Betroffenen und Angehörigen realisiert. Die hier vorgestellten ersten Ergebnisse konnten zeigen, dass sowohl bei den Polizeibeamten als auch bei den Verantwortlichen in der Fachhochschule eine hohe Akzeptanz gegenüber dieser Seminarform vorliegt. In einem weiteren Schritt sollen zukünftig die Effekte dieses Seminars auf die soziale Distanz der Zielgruppe in Evaluationen untersucht werden.

Im Rahmen der die Pilotreihe abschließenden Diskussionsrunde, an der Projektleiter von BASTA, Vertreter der Polizeibeamten und der Fachhochschule teilnahmen, wurden die Projektstage systematisch qualitativ ausgewertet und Kernaussagen formuliert. Im Folgenden sollen diese Resultate mit bereits publizierten Daten verglichen werden.

In der Literatur ist die Überprüfung eines Wissenszuwachses bezüglich psychiatrischer Krankheitsbilder, deren Symptomatik, Verlauf und/oder Therapieoptionen innerhalb der Zielgruppe Polizei ein wichtiger und häufig untersuchter Parameter. Im hier beschriebenen Seminar zur Sensibilisierung von Polizisten wurde im Anschluss an die Unterrichtseinheiten eine Wissenserweiterung bezüglich des Krankheitskonzepts festgestellt. Diese Resultate stehen in Einklang mit Veröffentlichungen, die von einem erweiterten Wissen der Beamten (24/S.111,28/S.229,58/S.120), der Fähigkeit Symptome zu differenzieren (28/S.229) sowie Einstellungsverbesserungen bei negativen Stereotypen (47/S.341) berichten.

Wenig beeinflussbar durch sensibilisierende Interventionen scheinen hingegen bislang die Gebiete der sozialen Distanz und des Vorurteils der „Gefährlichkeit“ zu sein. Dies wurde in der hier vorliegenden Auswertung deutlich und auch bei Pinfeld et al. (47/S.341) erschienen diese Bereiche als schwer veränderbare Größen. Gerade die feste Verankerung des Vorurteils „Gefährlichkeit“ kann mit den im Dienstalltag der Beamten häufig auftretenden Interaktionen mit akut psychisch Kranken zusammen hängen. Erklärbar ist dieses Phänomen zusätzlich durch die negativen Berichte in den Massenmedien, die psychisch Kranke meist als ein bedeutendes und schwer kalkulierbares Risiko für Andere darstellen (47/S.343).

Die Schwierigkeit in der Beeinflussung der sozialen Distanz könnte jedoch auch im zeitlichen Umfang der bisher durchgeführten Anti-Stigma Projekte sowie in den angewandten Methoden begründet sein. Bisher wurden Interventionen publiziert, bei denen sich die Unterrichtseinheiten über vier bis 16 Stunden erstreckten (24/S.113,28/S.228,47/S.339,58/S.119). Das hier beschriebene Projekt dauerte 4,5 Stunden und liegt somit ebenfalls in diesem zeitlichen Rahmen. In zukünftigen Studien sollte dieser zeitliche Faktor bedacht und Veränderungen

der sozialen Distanz bei einem größeren zeitlichen Umfang der Intervention untersucht werden. Neben der zeitlichen Rahmengestaltung könnten auch andere methodische Veränderungen eine Verbesserung der sozialen Distanz bewirken. Die Betonung von Stärken und Fähigkeiten psychisch Erkrankter, eventuell realisiert durch eine gemeinsame Projektarbeit zwischen Beamten und Erkrankten, wäre eine denkbare Möglichkeit. Auch die Qualität des Kontaktes kann eine bedeutende Einflussgröße sein und z.B. im Rahmen eines „Wochenendseminars“ positiv aufgewertet werden. Die Gelegenheit zu häufigen „privaten“ Kontakten mit psychisch Erkrankten, in denen „man sich ungezwungen kennenlernt“ könnte ebenfalls die soziale Distanz erfolgreicher verringern.

In diesem Zusammenhang war bei der Literatursuche zu Polizeiprojekten auch auffällig, dass erstmalig im Jahr 2003 <sup>(47/S.339)</sup> ein Projekt vorgestellt wurde, das eine Begegnung von Polizisten mit psychiatrischen Patienten beinhaltete. Es wäre wünschenswert, dass diese Form der „Begegnung“ in der Zukunft vermehrt eingesetzt und wissenschaftlich untersucht würde.

In der das Polizeiprojekt abschließenden Diskussionsrunde wurden noch zwei weitere wichtige Punkte thematisiert. Zum Einen wurde von allen Teilnehmern die zu geringe Unterstützung der Polizisten durch psychiatrische Einrichtungen in Krisenfällen bemängelt. Diese Kritik der Beamten wurde bereits 1975 von Teese et al. <sup>(58/S.117)</sup> dokumentiert, und auch Godschalx beschrieb 1984 <sup>(24/S.112)</sup> die frustrierte Stimmung einiger Polizisten, die sich bei Problemen zu psychiatrischen Themen von professionellen Helfern allein gelassen fühlten.

Zum Anderen schätzten die von uns befragten Polizisten das Seminar als sinnvoll und bereichernd für ihren Dienstatag ein. Sie befürworteten das Anti-Stigma Projekt und sind der Meinung, dass für Polizisten eine spezielle Ausbildung im Umgang mit psychisch Kranken nützlich sei. Diese Meinung der Beamten konnte auch durch andere Untersucher in Erfahrung gebracht werden <sup>(24/S.111)</sup>.

Zusammengefasst zeigt die Auswertung, dass es den Beamten - sowohl durch das präsentierte Hintergrundwissen zu psychischen Krankheiten als auch durch die Erfahrungen des Projekttagess - nach dem Projekt leichter möglich sein sollte, im Dienstatag neue Wege der Interaktion mit Betroffenen und Angehörigen zu beschreiten. Für das hier vorliegende Seminarkonzept sind weitere Untersuchungen und Evaluationen an einer größeren Population erforderlich, um die erzielten Effekte noch genauer zu messen und die ermutigenden Ergebnisse dieser, im deutschsprachigen Raum neuartigen Intervention, Pilotstudie zu überprüfen.



### III.3 Das Lernpaket „Psychisch Kranke“ für Schulen

Die zweite Zielgruppe, für die im Rahmen dieser Arbeit modellhaft eine Anti-Stigma Interventionsstrategie entwickelt und erprobt wurde, waren SchülerInnen. Methodik und Ergebnisse dieser Erprobung werden im Folgenden vor dem Hintergrund der aktuellen Literatur diskutiert. Die besondere Eignung der Zielgruppe SchülerInnen für Anti-Stigma Programme wurde bereits unter Punkt III.1.2 ausführlich dargestellt.

#### III.3.1 Diskussion der Methodik

Der wichtigste Aspekt des Lernpakets „Psychisch Kranke“ war sicher die direkte Begegnung der SchülerInnen mit einem psychiatrischen Patienten (vgl. III.1.2). Im Rahmen der Piloterprobung fand diese Begegnung immer mit dem gleichen Patienten (Herr H.) statt.

Da - wie unter III.1.2 bereits ausgeführt - der Erfolg eines solchen Programms entscheidend von der Qualität der Begegnung der Zielgruppe mit den Betroffenen abhängt, muss bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass die Rolle des Betroffenen in dieser Pilotstudie sicher überdurchschnittlich gut „besetzt“ war. Der Vertreter der Betroffenen war zu allen Begegnungszeitpunkten frei von Krankheitszeichen und erzählte emotional, natürlich und ehrlich aber auch offensiv und in einer sehr gewinnenden Art und Weise von seinem Leben, seinen Erfahrungen mit der Erkrankung und der Therapie. Die positiven Ergebnisse der Pilotstudie müssen deshalb mit der Einschränkung wiedergegeben werden, dass solche Ergebnisse wahrscheinlich nur zu erzielen sind, wenn es gelingt, derart geeignete Betroffenenvertreter zur Mitarbeit zu gewinnen.

Denn nur wenn die SchülerInnen den Patientenvertreter sympathisch finden und er bei ihnen keine Ängste weckt, kann die Begegnung mit ihm ähnlich entstigmatisierend wirken, wie in unserer Pilotstudie. Und wenn er anschaulich schildert, wie krank und auffällig er einmal war und wenn die SchülerInnen dann sehen, wie gesund er wieder geworden ist, dann wird auch das Vorurteil der Unheilbarkeit psychischer Störungen nachhaltig korrigiert. Ähnliche Erfahrungen mit der „Qualität“, „Natur“ bzw. „Art“ des Kontaktes werden auch von anderen Autoren beschrieben <sup>(9/S.38,15/S.541,39/S.344)</sup>.

Die Ergebnisse der postinterventionellen Evaluation nach drei Monaten wurden hier vollständigshalber angeführt, sollten aber vorsichtig interpretiert werden. Wegen der stark reduzierten Fallzahl bei der Follow Up Untersuchung (N=13) ist ein Vergleich mit den präinterventionellen Resultaten (N=113) nicht sinnvoll. Auch könnten die zum Teil schlechteren Ergebnisse bei der Nachuntersuchung klasseninterne Ursachen haben (Zeitpunkt der Nachbefragung war während der Abschlussprüfungen etc.). Trotz der teils schlechteren Ergebnisse im Bereich der „soziale Distanz“ und „Stereotype“, zeigten die

nachuntersuchten SchülerInnen aber erfreulicherweise eine anhaltende Verbesserung im Bereich „Wissen“. Diese Ergebnisse demonstrieren die Notwendigkeit, in zukünftigen Projekten die Nachhaltigkeit der Einstellungsverbesserungen bei einer ausreichend großen Zahl von SchülerInnen nach zu untersuchen.

Ferner wird die Evaluation durch häufige Fehlzeiten der SchülerInnen erschwert, was z.B. in der Pilotstudie dazu führte, dass nur 113 von 165 möglichen Jugendlichen in die Studie eingeschlossen werden konnten. Und es wurde weiterhin von den (an diesem Projekt beteiligten) Lehrern keine häufigere Evaluation gewünscht, was mit der Einhaltung des Lehrplans begründet wurde.

### III.3.2 Diskussion der Ergebnisse

Ein wichtiges und eindeutig positives Ergebnis war der Wissenszuwachs in der Zielgruppe, der hoch signifikant ( $p < 0,0001$ ) und erfreulicherweise auch über eine Zeitspanne von ein und drei Monaten stabil war. Somit wurde das inhaltliche Ziel der „Wissenserweiterung und Weitergabe von Informationen über psychische Krankheiten“, durch die von uns entwickelte Intervention erreicht. Es wäre allerdings wünschenswert, dass Lehrer bzw. Schulen in Zukunft eine erweiterte Evaluation ermöglichen würden, sodass der Wissenszuwachs über eine längere Zeitspanne hinweg beobachtet werden könnte. Ähnlich positive Ergebnisse im Bereich Informationsvermittlung und Wissenserweiterung wurden in den Arbeiten von Petchers <sup>(46/S.1103)</sup>, Rahman <sup>(49/S.1024)</sup> und Pinfold <sup>(48/S.344)</sup> beschrieben. Es überrascht allerdings, dass nur diese drei Autoren den Wissenszuwachs über psychische Krankheiten evaluiert haben. In sechs weiteren Anti-Stigma Projekten an Schulen wurde dieser wichtige Parameter überhaupt nicht evaluiert. Weiterhin wird deutlich, dass lediglich bei Rahman et al. die Wissensveränderung mit einer größeren Anzahl an Fragen evaluiert wurde (sieben aus 19 Fragen galten „dem Hintergrundwissen zu psychischen Krankheiten“). Um bessere Aussagen über das Potential des Lernpakets hinsichtlich der Wissenserweiterung bei den SchülerInnen treffen zu können, war in der vorliegenden Untersuchung besonderer Wert auf eine genaue und ausführliche Evaluation des Wissens zu psychischen Krankheiten gelegt worden.

Dass die Wissensvermittlung über psychische Störungen ein wichtiges Element innerhalb eines Anti-Stigma Projektes für Jugendliche darstellt, war eine durchgängige Erfahrung in der vorliegenden Pilotreihe. In vielen Gesprächen mit SchülerInnen wurde erkennbar, dass sie sich immer wieder mit der Möglichkeit beschäftigen, selbst psychisch krank zu werden. So wurden von den Jugendlichen fast immer von sich aus Themen wie z.B. „Drogenkonsum“ u.ä. angesprochen („Gibt es Tests mit denen man sehen kann, ob ich gefährdet bin?“, „Wohin gehe ich als Erstes, wenn ich vermute selbst krank zu sein oder jemanden kenne, der plötzlich Stimmen hört?“ oder „Was kann ich im Vorfeld tun, um nicht krank zu

werden?“). Anti-Stigma Projekte an Schulen dienen damit quasi nebenher auch noch der Früherkennung von psychiatrischen Störungen unter SchülerInnen.

Mit einem weiteren Fragebogen, dem Einstellungsfragebogen, sollten bei den Jugendlichen die Stereotype gegenüber der Krankheit Schizophrenie und die bestehende soziale Distanz zu Menschen mit Schizophrenie evaluiert werden. Als erstes wurden die TeilnehmerInnen allerdings aufgefordert, vorweg die Frage: „Was fällt Ihnen zum Begriff Schizophrenie als erstes ein?“ frei zu beantworten,

Diese Frage stellten in ähnlicher Form Holzinger et al. <sup>(25/S.9)</sup> an MedizinstudentInnen (N=143) und die Allgemeinbevölkerung (N=2094) mit dem Ziel, Erkenntnisse zur „sozialen Repräsentation“ (nach Moscovici 1961) der Schizophrenie zu gewinnen. Laut Holzinger et al. soll das Studium der sozialen Repräsentationen Aufschluß geben über die Art und Weise, wie eine Gesellschaft bezüglich einer bestimmten Sache „denkt“. „Sie bilden den kognitiven Rahmen („environment of thought“, Purkhardt 1993) für unsere Vorstellungen von der „Wirklichkeit“ und prägen unser Handeln.(...) Soziale Repräsentationen dienen dazu, „etwas Unvertrautes oder Unvertrautheit selbst vertraut zu machen und erlauben eine Einordnung von Neuartigem und bisher Unbekanntem (...)“. <sup>(25/S.9)</sup>

Die Ergebnisse der Umfrage zeigten, dass die soziale Repräsentation der Schizophrenie sehr stark von der Vorstellung geprägt ist, dass es hierbei zu einer Spaltung der Persönlichkeit kommt, und diese zwei Identitäten dann abwechselnd auftauchen können, wobei die eine „Person“ von der anderen nichts weiß <sup>(25/S.11)</sup>. Weiterhin wurde die Schizophrenie mit dem Motiv der Doppelperson von Stevensons Stück „Dr. Jekyll and Mr. Hyde“ assoziiert, in dem die eine Person „das Gute“ und die andere Person „das Böse“ verkörpert <sup>(25/S.12)</sup>. Die Verknüpfung von „gut und böse“ mit dem Krankheitsbild Schizophrenie ist sicherlich mit ein Grund, weshalb sich das Stereotyp der unberechenbaren und gefährlichen psychisch Kranken so hartnäckig hält <sup>(25/S.12)</sup>.

Da dieses Stereotyp am Meisten zur Stigmatisierung beiträgt <sup>(4/S.1721,45/S.438,59/S.476)</sup> erscheint es sinnvoll, den Mythos von der „Persönlichkeitsspaltung“ der Schizophreniekranken zu korrigieren.

Wie oben bereits erwähnt, war diese Frage auch Teil der hier beschriebenen Befragung unter SchülerInnen. Der Einstellungsfragebogen entstammte der Arbeitsgruppe von Schulze et al. <sup>(54/S.5)</sup>, die allerdings in ihrer Veröffentlichung die Antworten auf diese freie Frage nicht erwähnten, weshalb in der vorliegenden Arbeit auch kein Bezug auf Daten dieser Publikation genommen werden kann.

Vergleicht man also die vorliegenden Daten mit der Umfrage von Holzinger et al., so bestätigen sich für den Zeitpunkt vor der Intervention größtenteils seine Aussagen. Betrachtet man nur die Antworten, die den Begriff Schizophrenie mit irgendeiner Form von Spaltung in Verbindung bringen, so zeigt sich, dass insgesamt 30% der Allgemeinbevölkerung und 15%

der StudentInnen mit Schizophrenie auch eine „Spaltung“ assoziieren. Die Jugendlichen der vorliegende Studie bestätigten diese Untersuchungsergebnisse, denn auch sie antworteten mit etwas über 30% sinngemäß wie die beiden Zielgruppen von Holzinger et al. <sup>(25/S.10)</sup>. Erfreulicherweise zeigten sich die SchülerInnen durch das Lernpaket beeinflussbar und anhaltend (Evaluation nach einem Monat) lernfähig, da die Prozentzahl derer, die eine Persönlichkeitsspaltung (oder eine andere Form der Spaltung) mit Schizophrenie assoziierten postinterventionell auf 0,9% - 2,0% abfiel. Wie erwartet, stieg gleichzeitig – neben der Assoziation anderer krankheitsspezifischer Begriffe, wie „Psychose“ oder „Wahrnehmungsstörung“ - die Antworthäufigkeit „psychische Krankheit“ von 12% auf (anhaltend) 38%.

In Anlehnung an Moscovici (1961) konnte somit durch die im Rahmen dieser Arbeit entwickelte Intervention

- a) die soziale Repräsentation der Schizophrenie zum Positiven verändert werden und
- b) diese wiederum „das Denken der Gesellschaft“ beeinflussen, sodass
- c) durch das Denken eine Veränderung im „Handeln“ möglich werden kann.

Vor einer genauen Analyse der Einstellungsergebnisse soll an dieser Stelle die Auswahl der Klassen, also die Zusammensetzung der SchülerInnen innerhalb der Pilotstudie, betrachtet werden. Die am Lernpaket „Psychisch Kranke“ teilnehmenden Jugendlichen konnten sich nicht zwischen unterschiedlichen Projekten entscheiden. Da jeweils der Lehrer sich für oder gegen eine Teilnahme an der Pilotstudie entscheiden musste, konnten sich die SchülerInnen selbst nicht aktiv dafür oder dagegen entscheiden. Die in anderen Studien beschriebenen Selektionseffekte <sup>(9/S.39,54/S.8)</sup> entfallen also in unserer Pilotstudie. Zusammengefasst beinhaltet eine Selektion innerhalb der Zielgruppe die Gefahr, dass vermehrt bereits sensibilisierte und für das Thema interessierte Menschen in solche Projekte eingeschlossen werden, was natürlich die Ergebnisse beeinflussen kann. Diese Limitation konnte auch in dem Schulprojekt von Schulze et al. <sup>(54/S.8)</sup> nicht ausgeschlossen werden. Um eine vorab stattgefundene Sensibilisierung besser erkennen zu können, wurde dort vor Beginn der Projektstage mit der Frage „Kennen Sie jemanden, der Schizophrenie hat?“ nach früheren Kontakten zu Schizophreniekranken gefragt. So kann ein möglicher Selektionseffekt sichtbar gemacht werden. Im Vergleich hatten in der hier vorliegenden Untersuchung bei einer Fallzahl von N=113 auf diese Frage nur 13,5% der Jugendlichen mit „ja“ geantwortet, während bei Schulze et al. <sup>(54/S.5)</sup> dies fast doppelt so viele (23,7%) der SchülerInnen (N=90) bejahten, was beim Vergleich beider Studien berücksichtigt werden muss.

Generell zeigten in beiden Projekten die TeilnehmerInnen, sowohl bei den Stereotypen als auch der sozialen Distanz, relativ wenig negative Einstellungen. Auch konnten in beiden Projekten Verbesserungen bei den Subskalen „Stereotype der Krankheit Schizophrenie“ und der „sozialen Distanz gegenüber Menschen die an Schizophrenie erkrankt waren“

nachgewiesen werden. Ähnlich wie bei Schulze et al. <sup>(54/S.5)</sup> ergab auch die vorliegende Pilotstudie eine große Anzahl an „weiß nicht“ Antworten. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass die SchülerInnen, sich nicht negativ oder positiv äussern wollten, wenn sie die Aussage nicht anhand eigener Erfahrungen überprüfen konnten <sup>(54/S.5)</sup>. Stattdessen entschieden sie sich häufig für die Antwort „weiß nicht“.

Junge Menschen neigen laut Schulze et al. eher zu positiven, nicht stigmatisierenden Einstellungen, was auch innerhalb unseres Projekts bestätigt werden konnte. Insgesamt zeigt sich somit, dass viele junge Menschen bereits eine positive Voreinstellung zu Stereotypen und zur sozialen Akzeptanz psychisch Kranker haben und sie sich eher vorsichtig äussern, wenn sie sich noch keine klare Meinung zu bestimmten Fakten und Details aneignen konnten. Einstellungsverbesserungen wurden deshalb am ehesten bei den „weiß nicht“ Antworten erwartet und auch beobachtet, da diese sich im Laufe des Projekts auch größtenteils in Richtung der positiven Meinung veränderten <sup>(54/S.5)</sup>. Diese Effekte konnten ebenfalls in unserer Studie bestätigt werden.

In der Subskala „Stereotype der Krankheit Schizophrenie“ wurde deutlich, dass sich, sowohl bei der Seminarwoche von Schulze et al. als auch im Lernpaket „Psychisch Kranke“, die Ergebnisse im Großen und Ganzen gleichsinnig verhielten und bei beiden Interventionen einstellungsverbessernde Ergebnisse erzielt werden konnten. Bei den meisten Fragen waren die Verbesserungen ähnlich positiv.

In drei Fragen konnten durch das Lernpaket, im Vergleich zur Seminarwoche, eine deutlichere Einstellungsverbesserung erreicht werden. Tabelle 18 zeigt die prozentuale Verbesserung im Einzelnen. Die darin angegebenen Prozentzahlen entsprechen der Anzahl der SchülerInnen die sich postinterventionell (im Unterschied zu präinterventionell) zusätzlich für diese Antwort entschieden haben (z.B. haben die Frage „Jemand der Schizophrenie hat, rastet wegen jeder Kleinigkeit aus“ beim Evaluationszeitpunkt T<sub>1</sub> 21,7% mehr SchülerInnen in der Projektwoche mit „stimme nicht zu“ beantwortet und 43,3% mehr SchülerInnen des Lernpakets).

**Tabelle 18: Vergleich der Ergebnisse von Schulze (Seminarwoche) und Wundsam (Lernpaket) bei den Einstellungsverbesserungen (%) bezüglich drei Fragen zu Stereotypen der Krankheit Schizophrenie**

Fragen zu Stereotypen der Krankheit Schizophrenie	„stimme zu“		„stimme nicht zu“	
	„Schulze“ „Wundsam“		„Schulze“ „Wundsam“	
Vor jemandem der Schizophrenie hat, muss man sich in Acht nehmen. T <sub>0</sub> / T <sub>1</sub>			+10,7%	+15,9%
Jemand, der Schizophrenie hat, kann gut in der Schule sein. T <sub>0</sub> / T <sub>1</sub>	+6,7%	+25,7%		
Jemand der Schizophrenie hat, rastet wegen jeder Kleinigkeit aus. T <sub>0</sub> / T <sub>1</sub>			+21,7%	+43,3%
	„Schulze“ „Wundsam“		„Schulze“ „Wundsam“	

Der Vergleich von den Ergebnissen der Subskala „soziale Distanz gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind“ gestaltet sich ähnlich wie die oben beschriebene Subskala „Stereotype“. Die Resultate zeigten, sowohl bei der Projektwoche von Schulze et al. als auch innerhalb des Lernpakets „Psychisch Kranke“, Einstellungsverbesserungen und auch hierbei war das Ausmaß der Verbesserung bis auf wenige Ausnahmen sehr ähnlich. In vier von 12 Fragen konnte durch das Lernpaket im Vergleich zur Projektwoche eine deutlichere Einstellungsverbesserung erreicht werden (siehe Tabelle 19).

**Tabelle 19: Vergleich der Ergebnisse von Schulze (Seminarwoche) und Wundsam (Lernpaket) bei den Einstellungsverbesserungen (%) bezüglich vier Fragen zur sozialen Distanz gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind**

Fragen zur sozialen Distanz gegenüber Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind.	„stimme zu“		„stimme nicht zu“	
	„Schulze“ „Wundsam“		„Schulze“ „Wundsam“	
Ich könnte mir vorstellen, mich mit jemandem, der Schizophrenie hat, anzufreunden. T <sub>0</sub> / T <sub>1</sub>	+ 8.9%	+31,9%		
Jemanden mit Schizophrenie sollte man lieber nicht mit auf Klassenfahrt nehmen. T <sub>0</sub> / T <sub>1</sub>			+10,0%	+19,8%
Jemand, der Schizophrenie hat, sollte auch keinen Fall beruflich mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben. T <sub>0</sub> / T <sub>1</sub>			+17,8%	+46,9%
Einer der Schizophrenie hat gehört nicht auf eine normale Schule. T <sub>0</sub> / T <sub>1</sub>			+13,3%	+23,1%
	„Schulze“ „Wundsam“		„Schulze“ „Wundsam“	

### III.3.3 Limitationen des Lernpakets

Das Fehlen einer Kontrollgruppe in der vorliegenden Pilotstudie schränkt die Aussagekraft der Ergebnisse natürlich ein, weshalb die Effekte unserer Intervention in einer größer angelegten prospektiven Studie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe bestätigt werden müssen. Bei zukünftigen Studien sollte auch der Einfluss der Lehrer kontrolliert werden, da sich deren Vorwissen über psychische Krankheiten beträchtlich unterscheidet. Ebenso wie in der Allgemeinbevölkerung existieren auch in der Lehrerschaft Ängste und Vorurteile gegenüber psychisch Kranken. Auch die Art des projektbegleitenden Unterrichts sowie dessen didaktische Gestaltung (durch zusätzliche Literatur, Textbearbeitung, Filmvorführungen etc.) variierten sehr innerhalb des Pilotprojekts, was das Ergebnis unserer Intervention beeinflusst haben könnte. Bei zukünftigen Projekten sollte deshalb auch eine vorherige Weiterbildung der Lehrer bezüglich psychischer Krankheiten erwogen werden.

Ferner könnten die Ergebnisse unserer Pilotstudie auch durch die ungleiche Geschlechterverteilung in der Zielgruppe beeinflusst worden sein. Frühere Ergebnisse zeigten bereits <sup>(48/S.344,49/S.1025,61/S.254)</sup>, dass Frauen toleranter und weniger stigmatisierend mit dem Thema Psychiatrie und psychisch Erkrankten umgehen. Da auch in dieser Pilotreihe mehr Mädchen (insgesamt ca. 79%) teilgenommen haben, könnte dies die Ergebnisse zu allen Evaluationszeitpunkten beeinflusst haben.

Weiterhin ist nicht bekannt, ob und in welchem Maße eine sich in Fragebögen niederschlagende kognitive „Einstellungsverbesserung“ auch im tatsächlichen Verhalten der Zielgruppe niederschlägt <sup>(48/S.345,49/S.1025,54/S.8,61/S.256)</sup>. Und es bleibt natürlich offen, inwieweit die Antworten der Jugendlichen im Einstellungsfragebogen ihrer tatsächlichen Einstellung entsprechen. Unter Umständen haben sie im Laufe des Projekts gelernt, welche Antworten erwünscht sind und haben ihre Antworten daran ausgerichtet („soziale Erwünschtheit“). Die Frage, ob die hier präsentierten positiven Ergebnisse auch tatsächlich ein verändertes positives Verhalten nach sich ziehen, bleibt somit unbeantwortet. In diesem Zusammenhang soll auf eine interessante Arbeit von Corrigan PW <sup>(13)</sup> hingewiesen werden, in der versucht wurde, diese Verhaltensänderung zu „messen“. Um sie zu objektivieren, wurden die Teilnehmer des Anti-Stigma Projekts gefragt, ihr kleines Honorar oder auch nur einen Teil davon (anonym) an eine Betroffenenorganisation zu spenden. Die Spende wurde als „real-world helping behavior“ anerkannt, wenn das gesamte Honorar gespendet worden war. Corrigan et al. konnten so durch ihr Projekt eine signifikant positive Verhaltensveränderung in der Zielgruppe nachweisen.

Die Jugendlichen selbst bewerteten das Lernpaket „Psychisch Kranke“ überaus positiv. Die Teilnehmer sagten, das Lernpaket hätte ihnen gefallen, es sei in hohem Maße sinnvoll und spannend und für andere Klassen empfehlenswert. Ihr Vorwissen schätzten die TeilnehmerInnen als sehr gering ein und ca. 95% erklärten direkt nach Projektende, dass sie noch mehr über psychische Krankheiten wissen möchten.

Nach Angaben der SchülerInnen selbst, ist die Schule der wichtigste Ort, an dem Wissen über psychische Krankheiten erworben werden kann <sup>(39/S.345)</sup>. Es würde sich also anbieten, im Rahmen der Gesundheitserziehung und Psychologie, aber auch innerhalb des Lehrauftrages der Persönlichkeitsbildung, Anti-Stigma Themen sowie Hintergrundwissen über psychiatrische Krankheitsbilder vermehrt in den Unterricht einzubringen. Die Schule könnte dabei sogar im Sinne der Früherkennung, präventiv wirken <sup>(39/S.345)</sup>. In Anbetracht der Veröffentlichungen der WHO 2001 (siehe I.4), die eine drastische Steigerung der Häufigkeiten psychischer Krankheiten voraussagte, und der dadurch bedingten steigenden Kosten im Gesundheitssystem, erscheint es ratsam, Schulen in die Prävention psychischer Krankheiten einzubeziehen. Um dies auch sinnvoll durchführen zu können, müssten die Lehrer allerdings entsprechend ausgebildet werden.



### **III.4 Schlussfolgerungen und Konsequenzen für zukünftige Projekte**

Insgesamt betrachtet hat die Zahl der Anti-Stigma Projekte in den letzten Jahren stetig zugenommen und alle relevanten Gruppen (Psychisch Kranke, Angehörige, Ärzte und staatliche Institutionen) haben das Problem der Stigmatisierung psychisch Kranker inzwischen erkannt und sind auch bereit, etwas dagegen zu unternehmen. Diese Entwicklung ist sehr zu begrüßen, da das Stigma die Früherkennung, die Behandlungsbereitschaft, die Rehabilitation, die Compliance und die Rückfallraten bei psychiatrischen Krankheiten negativ beeinflusst.

Die vorliegende Literaturrecherche und die weltweite Umfrage haben aber auch gezeigt, dass bisher nur wenige Anti-Stigma Projekte publiziert und noch weniger evaluiert worden sind. Diese Defizite sollten möglichst rasch behoben werden, da sie die Entwicklung neuer Projekte blockieren und verhindern, dass dabei von den bisherigen Erfahrungen profitiert werden kann. Die Evaluation der verschiedenen Strategien mit validen, reliablen und vor allem mit einheitlichen Instrumenten ist eine unabdingbare Voraussetzung dafür, verschiedene Strategien miteinander vergleichen zu können und Fehlinvestitionen zu vermeiden. Angesichts der knapper werdenden Ressourcen ist eine solche Evaluation auch Voraussetzung für eine verbesserte Förderung von Anti-Stigma Projekten. Und eine bessere finanzielle Förderung ist dringend erforderlich, da die Anti-Stigma Organisationen selbst über viel zu wenig Mittel verfügen, um ihre zahlreichen Projekte längerfristig durchführen zu können. Da die Stigmatisierung die Behandlungsergebnisse sehr negativ beeinflusst, wäre eine Förderung von Anti-Stigma Projekten auch im direkten Interesse des Gesundheitssystems und würde letztlich wohl sogar zu Kostensenkungen führen (z.B. über eine bessere Früherkennung und eine bessere Compliance für die Rezidivprophylaxe). Im Moment scheint sich hier aber noch ein fataler Circulus vitiosus negativ auszuwirken: Wegen der Stigmatisierung werden - im Vergleich zu anderen „attraktiveren“ Krankheiten - weniger Finanzmittel in die Behandlung und Erforschung psychischer Krankheiten investiert, was wiederum dazu führt, dass psychische Krankheiten nicht optimal behandelt werden können, was wiederum deren Stigmatisierung verstärkt usw. Dieser verhängnisvolle Kreisprozess kann nur durchbrochen werden, wenn in ausreichend geförderten, methodisch anspruchsvollen Studien die Relevanz der Stigmatisierung für das Gesundheitssystem nachgewiesen wird und wenn wirksame Gegenmaßnahmen untersucht und evaluiert werden. Die vorliegende Arbeit hat versucht, etwas zu diesem Prozess beizutragen.

## IV Zusammenfassung

Die Stigmatisierung psychiatrischer Patienten und die daraus entstehenden negativen Folgen für Früherkennung, Behandlung und Compliance sind ein großes Problem für die Betroffenen selbst wie auch für das gesamte Versorgungssystem. Die World Psychiatric Association hat deshalb vor einigen Jahren weltweit zahlreiche Anti-Stigma Projekte ins Leben gerufen und auch andere Institutionen versuchen auf verschiedenste Weise, die Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker zu bekämpfen. Ziel der vorliegenden Arbeit war eine Bestandsaufnahme und Bewertung aller zielgruppenorientierten Anti-Stigma Projekte mit Hilfe einer Literaturrecherche und einer weltweiten Umfrage. Zusätzlich sollten im Rahmen dieser Arbeit für zwei besonders geeignete Zielgruppen (Polizisten und SchülerInnen) Anti-Stigma Pilotprojekte entwickelt, durchgeführt und in ihrer Effektivität evaluiert werden.

Die Literaturrecherche zeigte, dass bisher relativ wenige Veröffentlichungen zu diesem Thema erschienen sind. Es wurde deutlich, dass die Auswahl der Zielgruppen überwiegend auf junge Menschen (z.B. SchülerInnen, StudentInnen) abzielte und dass die Projekte sehr häufig eine direkte Begegnung mit psychisch Kranken beinhalteten (71%). Die verschiedenen Evaluationen wurden mit den unterschiedlichsten Messparametern und Skalen durchgeführt, wodurch die Vergleichbarkeit der Interventionen limitiert wurde.

Ähnliche Ergebnisse lieferte die weltweite Umfrage. Diese Recherche sollte einen Überblick über derzeit noch nicht publizierte, aber bereits praktizierte und evaluierte Anti-Stigma Projekte geben. Die Rücklaufquote war mit insgesamt 9,6% sehr gering. Weiterhin wurde deutlich, dass auch hier vermehrt SchülerInnen und Jugendliche als Zielgruppen ausgewählt wurden und dass die Begegnung zwischen der Zielgruppe und psychisch Erkrankten häufig als Intervention eingesetzt wurde (78%). Von den beschriebenen Projekten wurden lediglich 6% publiziert, obwohl laut Angaben der Projektleiter 64% der zielgruppenspezifischen Interventionen evaluiert worden waren.

Die Wahl der Zielgruppen für die im Rahmen der vorliegenden Arbeit entwickelten und durchgeführten Interventionen fiel auf Polizeibeamte in Ausbildung und auf die Zielgruppe SchülerInnen. Zum einen gab es im deutschsprachigen Raum bisher keine destigmatisierenden Interventionen für die häufig in Extremsituationen mit psychisch Kranken konfrontierte Zielgruppe „Polizisten“. Zum anderen bestand in München ein Bedarf an Anti-Stigma Projekten für Schulen, da SchülerInnen eine besonders geeignete Zielgruppe für Anti-Stigma Interventionen darstellen. In beiden Pilotprojekten sollten innerhalb der standortbedingten Möglichkeiten sowohl bereits bekannte Methoden als auch neue Ideen zur Destigmatisierung psychisch Kranker verwirklicht werden.

Beim Pilotprojekt für Polizeibeamte lag der Schwerpunkt auf der Begegnung mit psychiatrischen Patienten, wobei dieser Kontakt die Empathie und das Verständnis für

krankheitsbedingte Besonderheiten im Umgang mit psychisch Kranken steigern sollte. Die Beamten befürworteten dieses Seminar und nach ihrer Einschätzung kann der erreichte Wissenszuwachs über psychische Krankheiten auch den Umgang mit akuten psychiatrischen Patienten im Dienstalltag verbessern. Soziale Distanz und das Stereotyp der Gefährlichkeit erwies sich allerdings im Rahmen dieser Intervention als kaum beeinflussbar.

Auch bei der im Rahmen dieser Arbeit entwickelten Anti-Stigma Intervention für Jugendliche war die Begegnung mit psychisch Erkrankten das zentrale Element. Eine Auswertung der Resultate zeigte einen hoch signifikanten ( $p < 0,0001$ ) Wissenszuwachs bei den SchülerInnen und Einstellungsverbesserungen in den Subskalen „soziale Distanz“ und „Stereotype gegenüber der Krankheit Schizophrenie“. Weiterhin konnte die soziale Repräsentation der Schizophrenie bei den SchülerInnen zum Positiven verändert werden.

Die hier vorgestellten Untersuchungen haben erneut demonstriert, dass Anti-Stigma Projekte Einstellungsverbesserungen bei wichtigen Zielgruppen erreichen können. Die vorliegende Literaturrecherche und die weltweite Umfrage haben aber auch gezeigt, dass bisher nur wenige Projekte evaluiert und noch weniger publiziert worden sind. Die Entwicklung neuer Projekte wird durch dieses Publikationsdefizit sicher erschwert. Ursächlich hängt das Defizit sicher auch mit der geringen finanziellen Unterstützung für derartige Projekte zusammen. Diese geringe Unterstützung scheint wiederum in dem der Psychiatrie anhaftenden Stigma mitbegründet. Dieser offensichtliche *Circulus vitiosus* könnte durchbrochen werden, indem zum einen die Relevanz der Stigmatisierung für das Gesundheitssystem sowie zum anderen die Effektivität von Anti-Stigma Strategien untersucht und evaluiert würden.

## V Literaturverzeichnis

1. Adler, A.K., Wahl, O.F. Children's beliefs about people labeled mentally ill. *AM J ORTHOPSYCHIATRY*, 68 (1998) 321-326.
2. Angermeyer, M.C. Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. *PSYCHIATR PRAX*, 27 (2000) 327-329.
3. Angermeyer, M.C. The stigma of mental illness from the patient's view--an overview. *PSYCHIATR PRAX*, 30 (2003) 358-366.
4. Angermeyer, M.C., Matschinger, H. The effect of violent attacks by schizophrenic persons on the attitude of the public towards the mentally ill. *SOC SCI MED*, 43 (1996) 1721-1728.
5. Arikan, K., Uysal, O. Emotional reactions to the mentally ill are positively influenced by personal acquaintance. *ISR J PSYCHIATRY RELAT SCI*, 36 (1999) 100-104.
6. Baumann, A., Zaeske, H., Gaebel, W. The image of people with mental illness in movies: effects on beliefs, attitudes and social distance, considering as example the movie "The white noise". *PSYCHIATR PRAX*, 30 (2003) 372-378.
7. Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. Forschung und Qualitätssicherung. In: "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen", Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. (Hrsg.), Schattauer-Verlagsges., Stuttgart-New York, 2003, 19-22.
8. Bock, T., Naber, D. "Anti-stigma campaign from below" at schools--experience of the initiative "Irre menschlich Hamburg e.V.". *PSYCHIATR PRAX*, 30 (2003) 402-408.
9. Callaghan, P., Shan, C.S., Yu, L.S., Ching, L.W., Kwan, T.L. Attitudes towards mental illness: testing the contact hypothesis among Chinese student nurses in Hong Kong. *J ADV NURS*, 26 (1997) 33-40.
10. Clausen, J.A. Stigma and mental disorder: Phenomena and mental terminology. *PSYCHIATRY*, 44 (1981) 287-296.
11. Corrigan, P.W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M.A., Penn, D.L. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *PSYCHIATR SERV*, 52 (2001) 953-958.
12. Corrigan, P.W., River, L.P., Lundin, R.K., Penn, D.L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., Kubiak, M.A. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *SCHIZOPHR BULL*, 27 (2001) 187-195.
13. Corrigan, P.W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R., River, P., Uphoff-Wasowski, K., White, K., Kubiak, M.A. Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *SCHIZOPHR BULL*, 28 (2002) 293-309.

14. Deane, M.W., Steadman, H.J., Borum, R., Veysey, B.M., Morrissey, J.P. Emerging partnerships between mental health and law enforcement. *PSYCHIATR SERV*, 50 (1999) 99-101.
15. Desforges, D.M., Lord, C.G., Ramsey, S.L., Mason, J.A., Van Leeuwen, M.D., West, S.C., Lepper, M.R. Effects of structured cooperative contact on changing negative attitudes toward stigmatized social groups. *J PERS SOC PSYCHOL*, 60 (1991) 531-544.
16. Esters, I.G., Cooker, P.G., Ittenbach, R.F. Effects of a unit of instruction in mental health on rural adolescents' conceptions of mental illness and attitudes about seeking help. *ADOLESCENCE*, 33 (1998) 469-476.
17. Finzen, A. Stigma, stigma management, destigmatization. *PSYCHIATR PRAX*, 27 (2000) 316-320.
18. Freidl, M., Lang, T., Scherer, M. How psychiatric patients perceive the public's stereotype of mental illness. *SOC PSYCHIATRY PSYCHIATR EPIDEMIOL*, 38 (2003) 269-275.
19. Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A.M., Zaeske, H. Public attitudes towards people with mental illness in six German cities: results of a public survey under special consideration of schizophrenia. *EUR ARCH PSYCHIATRY CLIN NEUROSCI*, 252 (2002) 278-287.
20. Gaebel, W., Baumann, A.E. Interventions to reduce the stigma associated with severe mental illness: experiences from the open the doors program in Germany. *CAN J PSYCHIATRY*, 48 (2003) 657-662.
21. Ganter, S. Begriffliche Eingrenzungen und Abgrenzungen. In: "Ursachen und Formen der Fremdenfeindlichkeit in der Bundesrepublik Deutschland", Ganter, S. (Hrsg.), FES Library, Bonn, 1998, 13-18.
22. Gillig, P.M., Dumaine, M., Stammer, J.W., Hillard, J.R., Grubb, P. What do police officers really want from the mental health system? *HOSP COMMUNITY PSYCHIATRY*, 41 (1990) 663-665.
23. Godejohn, C.J., Taylor, J., Muhlenkamp, A.F., Blaesser, W. Effect of simulation gaming on attitudes toward mental illness. *NURS RES*, 24 (1975) 367-370.
24. Godschalx, S.M. Effect of a mental health educational program upon police officers. *RES NURS HEALTH*, 7 (1984) 111-117.
25. Holzinger, A., Angermeyer, M.C., Matschinger, H. What do you associate with the word schizophrenia? A study of the social representation of schizophrenia. *PSYCHIATR PRAX*, 25 (1998) 9-13.

26. Horvath, C. Stigma-Erfahrung aus erster Hand. *NEUROPSYCHIATRIE*, 16/1+2 (2002) 26-27.
27. Jaffe, Y., Maoz, B., Avram, L. Mental hospital experience, classroom instruction and change in conceptions and attitudes towards mental illness. *BR J MED PSYCHOL*, 52 (1979) 253-258.
28. Janus, S.S., Bess, B.E., Cadden, J.J., Greenwald, H. Training police officers to distinguish mental illness. *AM J PSYCHIATRY*, 137 (1980) 228-229.
29. Johannessen, J.O., McGlashan, T.H., Larsen, T.K., Horneland, M., Joa, I., Mardal, S., Kvebaek, R., Friis, S., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., Ulrik, H., Vaglum, P. Early detection strategies for untreated first-episode psychosis. *SCHIZOPHR RES*, 51 (2001) 39-46.
30. Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Henderson, S. Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *AUST N Z J PSYCHIATRY*, 33 (1999) 77-83.
31. Katschnig, H. Stigmarelevante historische Wurzeln des Schizophreniekonzepts in Kraepelins, Bleulers und Schneiders Werk. *NEUROPSYCHIATRIE*, 16/1+2 (2002) 11-19.
32. Keane, M. Contemporary beliefs about mental illness among medical students. *ACADEMIC PSYCHIATRY*, 14 (1990) 172-177.
33. Kimhi, R., Barak, Y., Gutman, J., Melamed, Y., Zohar, M., Barak, I. Police attitudes toward mental illness and psychiatric patients in Israel. *J AM ACAD PSYCHIATRY LAW*, 26 (1998) 625-630.
34. Luderer, HJ. Zur Geschichte der psychosozialen Versorgung. In: "Psychiatriegeschichte", Baer, R. (Hrsg.), Enke-Verlag, Stuttgart, 1998, 148-158.
35. McLaughlin, C. The effect of classroom theory and contact with patients on the attitudes of student nurses towards mentally ill people. *J ADV NURS*, 26 (1997) 1221-1228.
36. Mechanic, D., McAlpine, D., Rosenfield, S., Davis, D. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *SOC SCI MED*, 39 (1994) 155-164.
37. Meise, U., Fleischhacker, W.W., Schöny, W. Es ist leichter, ein Atom zu zerstören, als ein Vorurteil. *NEUROPSYCHIATRIE*, 16 (2002) 1-4.
38. Meise, U., Sulzenbacher, H., Hinterhuber, H. Attempts to overcome the stigma of schizophrenia. *FORTSCHR NEUROL PSYCHIATR*, 69 Suppl 2 (2001) S75-S80.

39. Meise, U., Sulzenbacher, H., Kemmler, G., Schmid, R., Rossler, W., Gunther, V. "...not dangerous, but nevertheless frightening". A program against stigmatization of schizophrenia in schools. *PSYCHIATR PRAX*, 27 (2000) 340-346.
40. Möller, H.-J. Psychiatrie: Vergangenheit und Gegenwart. In: "Psychiatrie", Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A. (Hrsg.), Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1996, 18-20.
41. Ng, P., Chan, K.F. Attitudes towards people with mental illness. Effects of a training program for secondary school students. *INT J ADOLESC MED HEALTH*, 14 (2002) 215-224.
42. Page, S. Effects of the mental illness label in attempts to obtain accomodation. *CAN J BEHAV SCI*, 9 (1977) 85-90.
43. Patch, P.C., Arrigo, B.A. Police officer attitudes and use of discretion in situations involving the mentally ill. The need to narrow the focus. *INT J LAW PSYCHIATRY*, 22 (1999) 23-35.
44. Penn, D.L., Corrigan, P.W. The effects of stereotype suppression on psychiatric stigma. *SCHIZOPHR RES*, 55 (2002) 269-276.
45. Penn, D.L., Kommana, S., Mansfield, M., Link, B.G. Dispelling the stigma of schizophrenia: II. The impact of information on dangerousness. *SCHIZOPHR BULL*, 25 (1999) 437-446.
46. Petchers, M.K., Biegel, D.E., Drescher, R. A video-based program to educate high school students about serious mental illness. *HOSP COMMUNITY PSYCHIATRY*, 39 (1988) 1102-1103.
47. Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Farmer, P., Toulmin, H., Graham, T. Reducing psychiatric stigma and discrimination Evaluating an educational intervention with the police force in England. *SOC PSYCHIATRY PSYCHIATR EPIDEMIOL*, 38 (2003) 337-344.
48. Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., Graham, T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *BR J PSYCHIATRY*, 182 (2003) 342-346.
49. Rahman, A., Mubbashar, M.H., Gater, R., Goldberg, D. Randomised trial of impact of school mental-health programme in rural Rawalpindi, Pakistan. *LANCET*, 352 (1998) 1022-1025.
50. Read, J., Law, A. The relationship of causal beliefs and contact with users of mental health services to attitudes to the 'mentally ill'. *INT J SOC PSYCHIATRY*, 45 (1999) 216-229.

51. Rössler, W., Salize, H.J., Trunk, V., Voges, B. The attitude of medical students to psychiatric patients. *NERVENARZT*, 67 (1996) 757-764.
52. Schulze, B., Angermeyer, M.C. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *SOC SCI MED*, 56 (2003) 299-312.
53. Schulze, B., Angermeyer, MC. Perspektivenwechsel: Stigma aus der Sicht schizophrener Erkrankter, ihrer Angehörigen und Mitarbeitern in der psychiatrischen Versorgung. *NEUROPSYCHIATRIE*, 16/1+2 (2002) 78-86.
54. Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., Angermeyer, M.C. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *ACTA PSYCHIATR SCAND*, 107 (2003) 142-150.
55. Seitz, S.B., Cleland, C.C. Changing existing attitudes--a dissonance approach. *PSYCHOL REP*, 20 (1967) 51-54.
56. Spitzer, A., Cameron, C. School-age children's perceptions of mental illness. *WEST J NURS RES*, 17 (1995) 398-415.
57. Stuart, H., Arboleda-Florez, J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *CAN J PSYCHIATRY*, 46 (2001) 245-252.
58. Teese, C.F., Vanwormer, J. Mental-Health Training and Consultation with Suburban Police. *COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL*, 11 (1975) 115-121.
59. Thompson, A.H., Stuart, H., Bland, R.C., Arboleda-Florez, J., Warner, R., Dickson, R.A., Sartorius, N., Lopez-Ibor, J.J., Stefanis, C.N., Wig, N.N. Attitudes about schizophrenia from the pilot site of the WPA worldwide campaign against the stigma of schizophrenia. *SOC PSYCHIATRY PSYCHIATR EPIDEMIOL*, 37 (2002) 475-482.
60. Thornicroft, G., Maingay, S. The global response to mental illness. *BMJ*, 325 (2002) 608-609.
61. Tolomiczenko, G.S., Goering, P.N., Durbin, J.F. Educating the public about mental illness and homelessness: a cautionary note. *CAN J PSYCHIATRY*, 46 (2001) 253-257.
62. Zimbardo, PG., Gerrig, R.J. Soziale Einflüsse und Prozesse. In: "Psychologie", Zimbardo, PG., Gerrig, R.J. (Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 2003, 409-448.



## VI **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1)</b>	Häufigkeitsverteilung der Zielgruppen innerhalb der publizierten Anti-Stigma Projekte	26
<b>Abbildung 2)</b>	Flowchart der zielgruppenspezifischen, evaluierten und publizierten Projekte der weltweiten Umfrage	32
<b>Abbildung 3)</b>	Flowchart der evaluierten, zielgruppenspezifischen Publikationen der weltweiten Umfrage und ihrer Ergebnisse	32
<b>Abbildung 4)</b>	Häufigkeitsverteilung der ausgewählten Zielgruppen innerhalb der weltweiten Umfrage	33

## VII Anhang

**Tabelle 20: Auflistung aller „key words“ und Autorennamen, sowie die entsprechende Anzahl der in Pubmed dadurch erschienenen Publikationen als Übersicht**

Anzahl der in Pubmed erscheinenden Publikationen	Key words und Autorennamen (Anzahl der in „Pubmed“ unter den genannten Suchwörtern erscheinenden Publikationen)
> 100	„stigma and psychiatry“ (148), „attitudes and schools and mental health“ (123);
30 – 100	„schizophrenia and attitudes and randomized controlled trials“ (59), „schizophrenia and attitudes and stigma“ (35), „mental illness and interventions and discrimination“ (31);
10 – 30	„mental health and stigma and interventions“ (29), „discrimination and controlled and randomized trials“ (29), „attitudes and police and mental health“ (29), „discrimination and stigmatization and psychiatry“ (14), „discrimination and schizophrenia and psychiatry“ (13), „prejudice and controlled and randomized trials“ (12), „schizophrenia and stigma and interventions“ (12), „projects and stigma and mental health“ (10);  „Stuart H“ (21), „Buizza C“ (18), „Fahy A“ (16), „Link BG and stigma“ (14), „Corrigan P and stigma“ (13), „Meise U and schizophrenia“ (11), „Penn D and stigma“ (10);
5 – 9	„schizophrenia and attitudes and randomized and controlled trials“ (9), „anti-stigma campaigns“ (5);  „Angermeyer MC and stigma“ (7), „Gaebel W and education“ (6), „Pinfeld V“ (6), „Sartorius N and stigma“ (5);
0 – 4	„students and schizophrenia and projects“ (3), „students and stigma and projects“ (3), „schizophrenia and stigma and randomized controlled trials“ (2), „schools and attitudes and stigma and mental health“ (2), „schools and prejudice and schizophrenia“ (1), „mental illness and attitudes and anti-stigma projects“ (1), „stigma and controlled randomized trials“ (1), „stigma and mental health and controlled trials“ (1), „projects and stigma and randomized trials“ (0), „anti-stigma campaign and randomized trials“ (0), „anti-stigma campaign and controlled trials“ (0), „anti-stigma and projects and randomized trials“ (0), „anti-stigma and projects and controlled trials“ (0), „evaluation and anti-stigma campaign“ (0), „target oriented and anti-stigma campaigns“ (0), „target oriented and anti-stigma activities“ (0), „anti-stigma campaigns and projects“ (0), „projects and stigma and policemen“ (0);  „Angermeyer MC and discrimination“ (4), „Schulze B and stigma“ (3), „Schulze H and psychiatry“ (3), „Ladinsler E“ (2), „Stuart H and stigma“ (2), „Byrne P and stigma“ (2), „Angermeyer MC and interventions and stigma“ (1), „Schulze B and interventions“ (1), „Richter-Werling M and stigma“ (1), „Gaebel W and stigma“ (1), „Sartorius N and anti-stigma projects“ (1), „Buizza C and stigma“ (1), „Meise U and stigma“ (1), „Fahy A and psychiatry“ (0), „Ladinsler E and schizophrenia“ (0), „Ladinsler E and stigma“ (0), „Meise U and discrimination“ (0), „Meise U and students“ (0), „Meise U and projects“ (0), „Gaebel W and anti-stigma projects“ (0), „Penn D and mental health“ (0), „Penn D and anti-stigma projects“ (0), „Penn D and anti-stigma interventions“ (0), „Byrne P and discrimination“ (0), „Roessler W and psychiatry“ (0), „Baumann A and psychiatry“ (0), „Baumann A and stigma“ (0), „Baumann A and anti-stigma projects“ (0), „Stephens L and psychiatry“ (0), „Stephens L and stigma and schizophrenia“ (0);

**Tabelle 21: Weitere Erläuterungen und Details zu den in der Tabelle 1 aufgeführten Publikationen**

1.	<p><u>Akar/1997:</u></p> <p>ZG<sup>1</sup> = MedizinstudentInnen in einem 3wöchigen Psychiatriekurs mit Kontakt zu PE; KG<sup>2</sup> = MedizinstudentInnen in einem Ophthalmologiekurs ohne Kontakt zu PE; 1) FB* (psychiatrisches Hintergrundwissen; 2) FB* für zwei Fallvignetten nach Star (Literaturhinweis: <b>Star S, 1955</b>) und einer Fallvignette nach Eker (Literaturhinweis: <b>Eker D, 1989</b>) bzgl. Krankheitszeichen, Belastungen des PE durch die psychische Krankheit und der erwünschten s. D. zu PE;</p> <p>In Skala <b>2</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG (vv KG): <b>Vb</b> (p&lt;0,005) bzgl. der „wahnhaften“ Fallvignette; T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG (vv KG)/(Mittelwerte): <b>Vb</b> (p&lt;0,001) bzgl. aller Fallvignetten;</p>
2.	<p><u>Baumann/2003:</u></p> <p>ZG<sup>3</sup> = Kinopublikum (Allgemeinbevölkerung) der Uraufführung des Films „Das weisse Rauschen“; 1) FB (psychiatrisches Hintergrundwissen) des WPA-Programms („WPA pilot site questionnaire tool kit“) (Literaturhinweis: <b>Stuart H, 2001</b>); 2) FB zur sozialen Distanz („WPA pilot site questionnaire tool kit“) des WPA-Programms (Literaturhinweis: <b>Stuart H, 2001</b>); 3) FB* (Stereotype<sup>#</sup>) in Anlehnung an einen schweizer FB zur Einstellungsveränderung (Literaturhinweis: <b>Lauber C, 2000</b>); 4) FB* (Kontakt) zu vorausgegangenem Kontakt mit PE;</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vs</b> in 4 aus 10 Items (p&lt;0,01 bis p&lt;0,05); <b>Vb</b> in 2 aus 10 Items (p&lt;0,01 und p&lt;0,05);</p> <p>In Skala <b>2</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vs</b> in 5 aus 6 Items (p&lt;0,001);</p> <p>In Skala <b>3</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vs</b> in 8 aus 9 Items (p&lt;0,001);</p>
3.	<p><u>Bock/2003:</u></p> <p>Lehrer können für Klassen individuelles Programm (einschließlich Medienkoffer und Begegnung mit PE/trialogischen Gruppe) zusammenstellen; 1) systematische qualitative Auswertung der Unterrichtseinheiten durch teilnehmende Beobachtung und Befragung der Schüler, Lehrer und Akteure;</p>
4.	<p><u>Brunton/1997:</u></p> <p>ZG<sup>4</sup> = Allgemeinbevölkerung/Öffentlichkeit mit Kontakt zu PE (Wohnort der ZG ist in der Nähe der psychiatrischen Versorgungseinrichtung); KG<sup>5</sup> = Allgemeinbevölkerung/Öffentlichkeit ohne Kontakt zu PE (Wohnort der KG ist 5 Meilen von besagter psychiatrischer Versorgungseinrichtung entfernt); 1) FB* (Einstellungen und Meinungen zu PE) in Anlehnung an einen FB nach Huxley (Literaturhinweis: <b>Huxley P, 1993</b>); 2) FB* (2 offene Fragen) zur psychiatrischen Versorgungseinrichtung (bzgl. der Arbeitsweise der Einrichtung und zu den Gefühlen der Befragten gegenüber den PE in der Gemeinde);</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> (Mittelwerte) bei ZG: <b>Vb</b> in 1 aus 13 Items (**), <b>Vs</b> in 1 aus 13 Items (**);</p>
5.	<p><u>Burra/1982:</u></p> <p>ZG<sup>6</sup> = MedizinstudentInnen mit Kontakt zu PE; VG<sup>7</sup>: MedizinstudentInnen in früheren Semestern mit dem Kurs „Psychosocial Aspects of Medicine“ mit wenig Kontakt zu PE; KG<sup>8</sup> = MedizinstudentInnen ohne Kontakt zu PE; 1) FB* zu Einstellungen (ATP30-Skala) mit 8 Schwerpunkten („psychiatric patients“, „psychiatric illness“, „psychiatrists“, „psychiatric knowledge“, „psychiatric career choice“, „psychiatric treatment“, „psychiatric institutions“, „psychiatric teaching“);</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,05 und p&lt;0,001); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei KG: <b>Vs</b> (p&lt;0,01);</p>

6.	<p><u>Desforges/1991:</u></p> <p>ZG<sup>20</sup> = StudentInnen in Diskussion mit „PE“ (ZG denkt, Mitstudent ist ein PE); VG<sup>21</sup> = StudentInnen in „lehrendem“ Gespräch mit „PE“; KG<sup>22</sup> = StudentInnen ohne Gesprächskontakt mit „PE“; 1) FB* zu Einstellungen gegenüber PE mit Fragen zum „Spielraum“, innerhalb welchem die StudentInnen glauben, ihre Einstellung noch verändern zu können („latitude of acceptance“); 2) FB* zu Stereotypen gegenüber PE (Literaturhinweis: <b>Jackson D, 1994</b>); 3) FB* (Kontakt) zu vorausgegangenem Kontakt mit PE; 4) FB* nach demographischen Daten der Teilnehmer;</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,01);</p> <p>In Skala <b>2</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei Gruppen <b>Vb</b> (p&lt;0,0001);</p>
7.	<p><u>Drolen/1993:</u></p> <p>ZG<sup>23</sup> = StudentInnen erhalten Unterricht durch Sozialarbeiter und haben Kontakt zu PE; VG<sup>24</sup> = StudentInnen erhalten Unterricht durch Professoren für Sozialpädagogik; 1) Fragebogen zu Meinungen gegenüber psychischen Krankheiten (OMI-Skala = „Opinions about mental illness scale“) mit 5 Subskalen („authoritarianism“, „benevolence“, „mental hygiene ideology“, „social restrictiveness“ und „interpersonal etiology“), (Literaturangabe: <b>Cohen J &amp; Struening EL, 1962</b>); 2) FB* zum amerikanischen Gesundheitssystem und allgemeinen demographischen Daten der Teilnehmer;</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vs</b> der Items der FB-Subskala „interpersonal etiology“ (p=0,002); <b>Vb</b> in restl. Items (**);</p>
8.	<p><u>Esters/1998:</u></p> <p>1) FB zu Meinungen gegenüber psychiatrischen Krankheiten (OMI-Skala = „Opinions about mental illness scale“) mit 5 Subskalen („authoritarianism“, „benevolence“, „mental hygiene ideology“, „social restrictiveness“ und „interpersonal etiology“), (Literaturangabe: <b>Cohen J 1962</b>); 2) FB zur Einstellung bzgl. der „Suche nach psychologischer Hilfe“ (FTAS-Skala = „Fischer-Turner Pro-Con Attitude Scale“), (Literaturhinweis: <b>Fischer EH &amp; Turner JL, 1970</b>);</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> (Mittelwerte) bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,025); T<sub>0</sub>/T<sub>2</sub>: <b>Vb</b><sub>anhaltend</sub>;</p> <p>In Skala <b>2</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> (Mittelwerte) bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,025);</p>
9.	<p><u>Callaghan/1997:</u></p> <p>ZG<sup>9</sup> = Schwesternschülerinnen im dritten Ausbildungsjahr, nach 1 Woche Theorieunterricht und 4 Wochen klinischer Ausbildung (Kontakt mit akuten/subakuten PE); KG<sup>10</sup> = SchülerInnen ohne Psychiatrieunterricht; 1) FB zu Einstellungen gegenüber PE (AMI-Skala = „Attitudes to Mental Illness“) (Literaturhinweis: <b>Weller L, 1988</b>); 2) FB* (Kontakt) zu vorausgegangenem Kontakt mit PE; 3) FB* nach demographischen Daten der Teilnehmer;</p> <p>In Skala <b>1</b>) konnten keine Unterschiede zwischen ZG und KG festgestellt werden;</p>

10.	<p><u>Corrigan/2001:</u></p> <p>ZG<sup>11</sup> = StudentInnen mit Kontakt zu PE; N=152* = aus der Methodik ist nicht ersichtlich, ob diese Fallzahl auf alle Gruppen (einschließlich VG und KG) verteilt wurde oder ob es sich um die Fallzahl der ZG handelt; VG<sup>12</sup> = Intervention mit dem Schwerpunkt auf einer „Mythen“-Reduktion durch korrekte Informationsvermittlung; VG<sup>13</sup> = Intervention durch Konfrontation der StudentInnen mit Protestaussagen gegen Vorurteile („Shame on us ...“); KG<sup>14</sup> = Intervention ohne Bezug zu psychischen Krankheiten; 1) FB* (Stereotype<sup>#</sup>, Eigenschaften von PE) in Anlehnung an einen FB nach Weiner (PDAQ-Skala = „Psychiatric Disability Attribution Questionnaire“) (Literaturhinweis: <b>Weiner B, 1995</b>); 2) Test („Life Story Memory Test“) zur Feststellung von Wahrnehmung und Wissen gegenüber PE nach der Intervention (Literaturhinweis: <b>Macrae CN, 1994</b>);</p> <p>In Skala <b>1)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> in 3 aus 4 Items bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,05); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei VG: <b>Vb</b> (**); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei VG: keine Vb;</p> <p>In Skala <b>3)</b> ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,05) im Vergleich zu Vergleichsgruppen und KG;</p>
11.	<p><u>Corrigan/2002:</u></p> <p>ZG<sup>15</sup> = StudentInnen mit Kontakt zu PE und Diskussion zum Thema „Verantwortung“; N=213<sup>29#</sup> = Anzahl der Teilnehmer des gesamten Projekts, die in ZG, VG und KG aufgeteilt wurden ohne weitere Angaben zu den einzelnen Fallzahlen; VG<sup>16</sup> = StudentInnen mit Kontakt zu PE und Diskussion zum Thema „Gefährlichkeit“; VG<sup>17</sup> = StudentInnen mit einer Unterrichtseinheit zum Thema „Verantwortung“, ohne Kontakt zu PE; VG<sup>18</sup> = StudentInnen mit einer Unterrichtseinheit zum Thema „Gefährlichkeit“ ohne Kontakt zu PE; KG<sup>19</sup> = Unterricht ohne Informationen oder Diskussion zum Thema „psychische Krankheiten“; 1) FB zu Einstellungen gegenüber psychiatrischen Krankheiten (AQ-Skala = „attribution questionnaire“) (Literaturhinweis: <b>Reisenzein RA, 1986</b>); 2) FB zur s.D. (SDS-Skala = „social distance scale“) (Literaturhinweis: <b>Corrigan PW, 2001</b>); 3) postinterventioneller Test* („Spenden-Test“) zur Evaluation der „Hilfsangebote“ durch die StudentInnen (deren Spendenverhalten für eine Betroffenenorganisation); 4) FB* nach demographischen Daten der Teilnehmer;</p> <p>In Skala <b>1)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> <b>Vb</b> (p&lt;0,05 bis p&lt;0,0001) in 6 aus 7 Subskalen: ZG, VG<sup>16</sup> und VG<sup>17</sup> &gt; VG<sup>18</sup>/KG;</p> <p>In Skala <b>2)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> <b>Vb</b> (p&lt;0,05): ZG/VG<sup>16</sup>/VG<sup>17</sup>/VG<sup>18</sup> &gt; KG;</p> <p>In Skala <b>3)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> <b>Vb</b> (**): ZG/VG<sup>16</sup>/VG<sup>17</sup> &gt; VG<sup>18</sup>/KG;</p>
12.	<p><u>Godschalx/1984:</u></p> <p>1) FB* zu psychiatrischem Hintergrundwissen (10 Multiple-Choice Fragen); 2) FB zu Einstellungsveränderungen (Osgood-Skala) bzgl. vier Fallvignetten (Literaturhinweis: <b>Osgood CE, 1957</b>); 3) FB* zur Effektivität des Seminars;</p> <p>In Skala <b>1)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,2); bei KG: keine Veränderung;</p> <p>In Skala <b>2)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei KG: <b>Vb</b> in Vignette 2 (p&lt;0,001); bei ZG: keine Veränderung;</p>

13.	<p><u>Holmes/1999:</u></p> <p>ZG<sup>25</sup> = Kursteilnehmer „Severe Mental Illness and Psychiatric Rehabilitation“ am „Community College“; VG<sup>26</sup> = Kursteilnehmer „General Psychology“ am „Community College“; 1) FB zu Meinungen über psychiatrische Krankheiten (OMI-Skala = „Opinions about mental illness scale“) mit 5 Subskalen („authoritarianism“, „benevolence“, „mental hygiene ideology“, „social restrictiveness“ und „interpersonal etiology“), (Literaturangabe: <b>Cohen J 1962</b>); 2) FB* zu psychiatrischem Hintergrundwissen, Kontakt mit PE und allgemeinen demographischen Daten der Teilnehmer;</p> <p>In Skala <b>2</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> in 2 aus 3 Subskalen („benevolence“ p&lt;0,001 und „social restrictiveness“ p&lt;0,01); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei VG: <b>Vb</b> in 1 aus 3 Subskalen („benevolence“ p&lt;0,01);</p>
14.	<p><u>Jaffe/1979:</u></p> <p>ZG<sup>27</sup> = Schwesternschülerinnen haben 2monatiges Praktikum in „Stereotypen entgegenwirkendem“ Krankenhaus; VG<sup>28</sup> = Schwesternschülerinnen haben 2monatiges Praktikum in „Stereotypen unterstützendem“ Krankenhaus; KG<sup>29</sup> = Schwesternschülerinnen ohne Praktika (nur Theorieunterricht); 1) FB zu Meinungen über psychische Krankheiten (OMI-Skala = „Opinions about mental illness scale“) mit 5 Subskalen („authoritarianism“, „benevolence“, „mental hygiene ideology“, „social restrictiveness“ und „interpersonal etiology“), (Literaturangabe: <b>Cohen J 1962</b>); 2) FB zu Stereotypen (plus deren Intensität) bzgl. psychischer Krankheiten und PE (SIMP-Skala = „Stereotyped Image of the Mental Patient Questionnaire“), (Literaturhinweis: <b>Nunnally JC, 1961</b>);</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> „authoritarianism“ (p&lt;0,025), „social restrictiveness“ (p&lt;0,01), „interpersonal etiology“ (p&lt;0,025); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei VG: <b>Vs</b> „mental hygiene ideology“ (p&lt;0,025);</p> <p>In Skala <b>2</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,01); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei VG: <b>Vs</b> (p&lt;0,01); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei KG: keine Veränderung;</p>
15.	<p><u>Janus/1980:</u></p> <p>1) Polizeibeamte (ZG und KG) beschreiben das Verhalten eines wahnhaften Patienten („Filmvignette“) und Mediziner (ohne weitere Informationen über das Projekt) werten diese Beschreibungen anschließend aus („Besteht die Notwendigkeit der Aufnahme des Patienten in eine Klinik?“);</p> <p>In Skala <b>1</b>) ZG (vv KG): <b>Vb</b> in 20 von 25 Items (19 x p&lt;0,05; 1 x p&lt;0,1) bzgl. der Beschreibung diagnostischer Kriterien;</p>
16.	<p><u>Keane/1990:</u></p> <p>1) FB zu Meinungen über psychische Krankheiten (OMI-Skala = „Opinions about mental illness scale“) mit 5 Subskalen („authoritarianism“, „benevolence“, „mental hygiene ideology“, „social restrictiveness“ und „interpersonal etiology“), (Literaturangabe: <b>Cohen J &amp; Struening EL, 1963</b>); 2) FB zu psychologischem Stress (SCL-90-R Skala = „Derogatis Symptom Checklist“), (Literaturhinweis: <b>Derogatis L, 1977</b>); FB* zu allgemeinen demographischen Daten der Teilnehmer;</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> der Items „interpersonal etiology“ (p&lt;0,05) und „benevolence“ (p&lt;0,01);</p>
17.	<p><u>Malla/1987:</u></p> <p>ZG<sup>30</sup> = Schwesternschülerinnen mit Kontakt zu PE; KG<sup>31</sup> = Schwesternschülerinnen ohne Kontakt zu PE (Ausbildungsbeginn); 1) FB* zu 3 Fallvignetten von Yamamoto bzgl. Ätiologie, Hintergrundwissen und Einstellungen zu psychiatrischen Krankheiten und s.D. (Literaturhinweis: <b>Yamamoto K &amp; Dizney HF, J Counsel. Psychol, 1967</b>);</p> <p>In Skala <b>1</b>) in 3 aus 6 Items „Wissen“ bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,001 bis p&lt;0,01); in 1 aus 3 Items „Ätiologie“ bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,03);</p>

18.	<p><u>Mc Laughlin/1997:</u></p> <p><b>X*</b> = Evaluation nach 2,5 Wochen Theorieunterricht; <b>X**</b> = Evaluation am Ende der Unterrichtseinheit (nach 4 Wochen klinischer Ausbildung/nach Kontakt mit psychiatrischen Patienten); 1) FB zu Einstellungen bzgl. Charakteristika von PE und „der psychiatrischen Behandlung für bzw. dem Verhalten gegenüber PE“ (Literaturhinweis: <b>Yuker J, 1960</b>); 2) FB* zur Sammlung positiver/negativer Vorstellungen bzgl. eines Arbeitsplatzes in der Psychiatrie aus Sicht des Pflegepersonals; 3) FB* zur Einschätzung eigener Erfahrungen im klinischen Psychiatriealltag;</p> <p>In Skala <b>1)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub>/T<sub>2</sub> (Mittelwerte) bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,001) der Einstellungen zur psychiatrischen Behandlung/Verhalten gegenüber PE; keine signifikanten Ergebnisse bzgl. Patientencharakteristika;</p>
19.	<p><u>Meise/2000:</u></p> <p>ZG<sup>32</sup> = SchülerInnen erhielten Unterricht durch Betroffene und Psychiater; VG<sup>33</sup> = SchülerInnen erhielten Unterricht durch Sozialarbeiter und Psychiater; 1) FB zu emotionalen Reaktionen bzgl. einer Fallvignette nach Angermeyer (Literaturhinweis: <b>Angermeyer MC, 1997</b>); 2) FB* zu kognitiv-affektiven Einordnungen bzgl. einer Fallvignette; 3) FB zur s.D. (Bogardus-Skala), modifiziert durch Link et al. (Literaturhinweis: <b>Link BG, 1987</b>);</p> <p>In Skala <b>1)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> der Subskalen „Angstgefühle“, „aggressive Regungen“, „prosoz. Gefühle“ (p&lt;0,05); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei VG: <b>Vb</b> der „aggressiven Regungen“ (p&lt;0,01);</p> <p>In Skala <b>2)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> in 2 aus 5 Items („psychisch krank“, p&lt;0,05; „wahnsinnig“, p&lt;0,01); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei VG: <b>Vb</b> in 1 aus 5 Items („psychisch krank“, p&lt;0,01), <b>Vs</b> in 4 aus 5 („wahnsinnig“, „geisteskrank“, „unberechenbar“, „gefährlich“; zeigten ein Signifikanzniveau von p&lt;0,05 bis p&lt;0,1);</p> <p>In Skala <b>3)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> in 6 aus 8 Items (Signifikanzniveau von p&lt;0,05 bis p&lt;0,01); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei VG: keine Veränderung;</p>
20.	<p><u>Mino/2000:</u></p> <p>X* = präinterventionelle Evaluation 1988; X** = postinterventionelle Evaluation 1993 (nach Teilnahme an Psychiatriekursen); 1) FB* zur s.D. („Rejection-Scale“) nach Phillips (<b>Literaturhinweis: Phillips DL, 1963</b>); 2) FB zu Einstellungen bzgl. psychiatrischer Versorgung, Behandlungsmöglichkeiten, Menschenrechte und PE, Unabhängigkeit und PE, Krankheitszeichen/Ursachen (Literaturhinweis: <b>Munakata K 1980</b>);</p> <p>In Skala <b>1)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> 1 aus 5 Items: <b>Vb</b> (p&lt;0,026);</p> <p>In Skala <b>2)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> 7 aus 18 Items: <b>Vb</b> (p&lt;0,002 bis p&lt;0,023);</p>
21.	<p><u>Mino/2001:</u></p> <p>1) FB* für die japanische Bevölkerung zu Einstellungen gegenüber psychiatrischen Krankheiten (<b>Literaturhinweis: Wada S, 1984</b>), entwickelt aus CMI, OMI und ATP; 2) FB* zur s.D. („Rejection-Scale“) nach Phillips (<b>Literaturhinweis: Phillips DL, 1963</b>);</p> <p>In Skala <b>1)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> in 5 aus 13 Items (Signifikanzniveau von p&lt;0,0001 bis p&lt;0,014); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei KG: keine Veränderung der Items;</p> <p>In Skala <b>2)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> in 3 aus 5 Items (Signifikanzniveau von p&lt;0,004 bis p&lt;0,02); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei KG: keine Veränderung der Items;</p>

22.	<p><u>Morrison/1980:</u></p> <p>1) FB* mit 30 Items zu Stereotypen gegenüber PE (Literaturhinweis: <b>Morrison JK, 1977</b>);</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub>: <b>Vb</b> (**) in 8 aus 30 Items, <b>Vs</b> (**) in 1 aus 30 Items; T<sub>0</sub>/T<sub>2</sub>: <b>Vb</b><sub>anhaltend</sub> in 8 aus 30 Items;</p>
23.	<p><u>Napoletano/1981:</u></p> <p>1) FB zu Meinungen gegenüber psychiatrischen Krankheiten (OMI-Skala) aus 51 Items, zusammengestellt aus 2 OMI-Skalen von Cohen J (1962) und Ellsworth R (Literaturhinweis: <b>Creech S, 1977</b>); 2) FB* zur Effektivität der Intervention;</p> <p>Korrelationen im Ergebnisteil von Skala <b>1</b>) und <b>2</b>): <b>Vb</b> der ZG sind eher durch experimentelle als durch kognitive Komponenten zu erreichen;</p>
24.	<p><u>Ng/2002:</u></p> <p><b>X*</b> = zweite postinterventionelle Evaluation nach 7 Monaten; 1) FB zu Meinungen gegenüber psychiatrischen Krankheiten (OMICC-Skala = „Opinion about Mental Illness in Chinese Community“-Skala) mit 6 Subitems („benevolence“, „separatism“, „stereotyping“, „restrictiveness“, „pessimistic prediction“ und „stigmatization“), (Literaturhinweis: <b>Chu L, 1996</b>);</p> <p>In Skala <b>1</b>) in 3 aus 6 Items bei ZG: <b>Vb</b> (im Vergleich KG; p&lt;0,05 bis p&lt;0,001);</p>
25.	<p><u>Paykel/1998:</u></p> <p>N=2000* = entspricht der durchschnittlichen Fallzahl innerhalb der drei Evaluationszeitpunkte; <b>X*</b> = erste Evaluation im Jahr 1991; <b>X**</b> = zwei Evaluationen während einer Aufklärungskampagne in den Jahren 1995 und 1997; 1) FB zu Hintergrundwissen (Depression) und Einstellungen gegenüber der Ätiologie von Depressionen; 2) FB zu Einstellung bzgl. Therapie von Depressionen; 3) FB zu Einstellungen bzgl. Allgemeinmedizinern;</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub>/T<sub>2</sub> in 13 aus 17 Items bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,05 bis p&lt;0,001); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub>/T<sub>2</sub> in 1 aus 17 Items bei ZG: <b>Vs</b> (p&lt;0,001);</p> <p>In Skala <b>2</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub>/T<sub>2</sub> in 4 aus 7 Items bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,05 bis p&lt;0,001); In Skala <b>3</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub>/T<sub>2</sub> in 8 aus 11 Items bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,05 bis p&lt;0,001);</p>
26.	<p><u>Petchers/1988:</u></p> <p>1) FB zu Einstellungen und Hintergrundwissen bzgl. geistiger Gesundheit und Krankheit; 2) FB zu Videos (Jugendliche sprechen über Ängste, Schamgefühl, Wut, Schuldgefühl, peinliche Gefühle, Ärger/Groll und Verdrängung);</p> <p>In Skala <b>1</b>) ZG/KG: signifikante <b>Vb</b> der ZG im Mittelwert (p=0,001);</p>
27.	<p><u>Pinfold/2003:</u></p> <p>ZG<sup>34</sup> = SchülerInnen der Phase I (nur theoretischer Unterricht); VG<sup>35</sup> = SchülerInnen der Phase I und Phase II (mit Kontakt zu PE) ohne Angaben von Fallzahlen; <b>X*</b> = Evaluation eine Woche nach Phase II.; <b>X**</b> = Evaluation nach 6 Monaten (SchülerInnen der Phase I.); 1) FB zu psychiatrischem Hintergrundwissens in Anlehnung an das WPA-Programm („WPA pilot site questionnaire tool kit“); 2) FB zu Einstellungen bzgl. PE in Anlehnung an das WPA-Programm („WPA pilot site questionnaire tool kit“); 3) FB* zur s.D. in Anlehnung an das WPA-Programm („WPA pilot site questionnaire tool kit“); 4) FB* zur Intervention; 5) FB* zu Kontakt mit PE und allgemeinen demographischen Daten der Teilnehmer;</p> <p>In Skala <b>2</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> und T<sub>1</sub>/T<sub>2</sub> in 5 aus 5 Items (Mittelwert) bei der ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,0001);</p> <p>In Skala <b>3</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei 8-13% der ZG in 1 aus 4 Items (Mittelwert): <b>Vb</b> (p&lt;0,0001);</p>



28.	<p><u>Pinfold/2003:</u></p> <p>1) FB zu Einstellungen bzgl. psychiatrischer Krankheiten, entwickelt aus der ursprünglichen CAMI-Skala („Community attitudes towards Mental Illness“) und Items, die Meinungen zu Schizophrenie und psychischen Krankheiten unterscheiden (Literaturhinweis: <b>Crisp AH, 2000</b>); 2) FB* zur s.D. in Anlehnung an das WPA-Programm („WPA pilot site questionnaire tool kit“); 3) FB* zu psychiatrischem Hintergrundwissen; 4) FB* zu Stereotypen<sup>#</sup> („Awareness“-FB) mit 5 Items („connecting health and illness“, „violence myth“, „recovery“, „prevalence“ und „split-personality myth“); 5) FB* zur Qualität des Workshops;</p> <p>In Skala <b>2</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub>: <b>Vb</b> in allen drei Subskalen („treatment“ p=0,002; „understanding mental illness“ p=0,014; „beliefs about interaction“ p&lt;0,0001); In Skala <b>3</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub>: <b>Vb</b> in 1 aus 4 Items („Arbeitskollege“) mit p&lt;0,007; In Skala <b>5</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub>: <b>Vb</b> 5 aus 5 Items (p&lt;0,0001 bis p=0,002);</p>
29.	<p><u>Rahman/1998:</u></p> <p>VG<sup>36</sup> = je ein Elternteil pro Kind, das am Projekt teilnimmt, sammeln sich in dieser Vergleichsgruppe; VG<sup>37</sup> = je ein Freund pro Kind, das am Projekt teilnimmt, sammeln sich in dieser Vergleichsgruppe; VG<sup>38</sup> = je ein Nachbar (s.o.); VG<sup>39</sup> = je ein Elternteil pro Kind das in der Kontrollgruppe (ohne Anti-Stigma Projekt) ist; VG<sup>40</sup> = je ein Freund pro Kind, das in der Kontrollgruppe ist; VG<sup>41</sup> = je ein Nachbar pro Kind (s.o.); 1) FB zu Einstellungen gegenüber psychiatrischen Krankheiten die in der Gemeinde auftreten (Depression, Epilepsie, Psychosen, Drogenabhängigkeit, geistige Behinderung (14 Items) und 5 allgemeine „Gesundheitsfragen“) und FB zu psychiatrischem Hintergrundwissen;</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> (Mittelwerte) bei ZG und den Vergleichsgruppen der ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,01);</p>
30.	<p><u>Read/1999:</u></p> <p>1) FB zu Einstellungen und Fragen zur s.D.; 2) FB zur Ätiologie psychiatrischer Krankheiten (MHLO-Skala), in Anlehnung an die MHLO-Skala von Hill 1980 (Literaturhinweis: <b>Hill DJ &amp; Bale RM 1980</b>); 3) FB zu Kontakt mit PE und allgemeinen demographischen Daten der Teilnehmer;</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> in 3 aus 7 Items bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,01 bis p&lt;0,001);</p> <p>In Skala <b>2</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> (Mittelwert) bei ZG: <b>Vb</b> (p&lt;0,001);</p>
31.	<p><u>Rössler/1996:</u></p> <p>ZG<sup>42</sup> = MedizinstudentInnen mit Untersuchungskurs „Neurologie/Psychiatrie“; 1) FB* zu Stereotypen<sup>#</sup> anhand zweier Fallvignetten nach Star (Literaturhinweis: <b>Star S, 1955</b>); 2) FB zur s.D. nach Angermeyer &amp; Siara (Literaturhinweis: <b>Angermeyer MC &amp; Siara CS, Nervenarzt, 1994</b>);</p> <p>In Skala <b>1</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> in 2 aus 16 Items bei ZG (Frauen): <b>Vb</b> („Vernunft“ p=0,0325; „Beherrschung“ p=0,0275) und in 1 aus 16 Items bei ZG (Frauen): <b>Vs</b> (Intelligenz p=0,0464); Vergleich Vignette (Depression)/ Vignette (Wahn) bei T<sub>0</sub> in 1 aus 16 Items: positivere Bewertung der depressiven Vignette („friedlicher“ p=0,0262); Vergleich Vignette (Depression)/ Vignette (Wahn) bei T<sub>1</sub> in 1 aus 16 Items: negativere Bewertung der depressiven Vignette („unzuverlässiger“ p=0,0185);</p> <p>In Skala <b>2</b>) T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> in 2 aus 7 Items bei ZG: <b>Vb</b> („Kollegen akzeptieren“ p=0,0075; „Nachbarn akzeptieren“ p=0,0085); Vergleich Männer/Frauen der ZG bei T<sub>0</sub> in 1 aus 7 Items: positivere Bewertung der Frauen („Nachbarn akzeptieren“ p=0,0253);</p>

32.	<p><u>Schulze/2002:</u></p> <p>1) FB* zu Stereotypen# in Anlehnung an das WPA-Programm („WPA pilot site questionnaire tool kit“/ „school questionnaire“); (Literaturhinweis: <b>Stuart H, 2001</b>); 2) FB* zur s.D. in Anlehnung an das Anti-Stigma Programm („WPA pilot site questionnaire tool kit“); (Literaturhinweis: <b>Stuart H, 2001</b>); FB* zu allgemeinen demographischen Daten der Teilnehmer;</p> <p>In Skala <b>1)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> „Auflösen negativer Stereotype“ (p=0,01); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei KG: <b>Vs</b> der Items (**);</p>
33.	<p><u>Shera/1996:</u></p> <p>1) FB zu Einstellungen gegenüber schwer psychisch Erkrankten (SCAM-Skala = „S-C Attitude Measure“;</p> <p>In Skala <b>1)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei ZG: <b>Vb</b> der Items „Verantwortung bzgl Therapie“, „Prognose“, „Berechenbarkeit“, „Gefährlichkeit“ (p&lt;0,001); T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> bei KG: keine Veränderung;</p>
34.	<p><u>Singh/1998:</u></p> <p><b>X*</b> = MedizinstudentInnen der ZG erfahren mehr persönlichen Kontakt mit PE als KG; 1) FB zu Einstellungen bzgl. psychiatrischen Themen (ATP30-Skala) mit 8 Schwerpunkten („psychiatric patients“, „psychiatric illness“, „psychiatrists“, „psychiatric knowledge“, „psychiatric career choice“, „psychiatric treatment“, „psychiatric institutions“, „psychiatric teaching“); 2) FB zu psychiatrischen Krankheiten (AMI-Skala = „Attitudes to Mental Illness“) bzgl. Ursachen, Behandlung und Konsequenzen;</p> <p>In Skala <b>1)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> von ZG und KG (Mittelwerte): <b>Vb</b> beider Gruppen (p&lt;0,001);</p>
35.	<p><u>Teese/1975:</u></p> <p><b>X*</b> = Evaluation (evtl. einfache Fokusgruppendifkussion, was aus Angaben nicht ersichtlich wird) 18 Monate postinterventionell; 1) Fragen zu psychiatrischem Hintergrundwissen (Ätiologie, Familiendynamiken etc.) und Einstellungen bzgl. PE (Verhalten gegenüber psychisch Kranken, Einschätzung psychiatrischer Einrichtungen);</p> <p>In Skala <b>1)</b> <b>Vb</b> in allen Items (**);</p>
36.	<p><u>Tolomiczenko/2001:</u></p> <p>ZG<sup>43</sup> = Aufklärung der SchülerInnen mit Videos und Diskussionen mit Betroffenen; VG<sup>44</sup> = Aufklärung der SchülerInnen nur mit Video; 1) Fragen zum Thema Obdachlosigkeit und psychiatrische Krankheit nach Phelan, 1995 (Literaturhinweis: <b>Phelan 1995; Borinstein 1992</b>);</p> <p>In Skala <b>1)</b> <b>Vs</b> der Einstellung bzgl. „psychiatrischer Krankheiten“ (p&lt;0,05): VG &gt; KG &gt; ZG; <b>Vs</b> bzgl der Angst vor der „Gefährlichkeit“ Obdachloser (p&lt;0,01): VG &gt; KG &gt; ZG; <b>Vs</b> durch „Wunschsteigerung“ nach der „Freiheitsbegrenzung“ Obdachloser (p&lt;0,05): VG &gt; ZG &gt; KG; <b>Vs</b> in der Annahme, dass individuelle Behinderungen bei Obdachlosigkeit mitwirken (p&lt;0,001): ZG &gt; VG &gt; KG;</p>
37.	<p><u>Wilkinson/1982:</u></p> <p>1) FB („rating scale“) zu 12 „Fallvignetten“ in denen 6 somatische und 6 psychiatrische Fallvignetten dargestellt werden; ZG und KG antworten bzgl. ihrer Emotionen gegenüber den zu versorgenden Patienten;</p> <p>In Skala <b>1)</b> in T<sub>0</sub> bei der ZG bzgl des Aufwandes der „körperl. Pflege“ des Patienten: „broken leg“ &gt; „paranoid schizophrenia“ (p&lt;0,025); in T<sub>1</sub> bei der ZG bzgl. der „Therapiefähigkeit“: „broken leg“ &gt; „paranoid schizophrenia“ (p&gt;0,05) und bzgl. „will to recover“: somat. Krankheiten &gt; psychiatr. Krankheiten (p&gt;0,05);</p>

<b>38.</b>	<p><u>Wolff/1996:</u></p> <p>ZG<sup>45</sup> = Anwohner einer psychiatrischen Versorgungseinrichtung mit Aufklärungskampagne; KG<sup>46</sup> = Anwohner einer psychiatrischen Versorgungseinrichtung ohne Aufklärungskampagne; <b>X*</b> Kontakt zu PE bei ZG und KG; <b>X**</b> = postinterventionelle Evaluation 2 Jahre nach Eröffnung der psychiatrischen Versorgungseinrichtung und 1 Jahr nach der Aufklärungskampagne; 1) FB zu psychiatrischem Hintergrundwissen und Einstellungen zu psychiatrischen Krankheiten, der Versorgungspolitik und dem Wunsch nach Informationen; 2) FB zu Einstellungen bzgl. PE (CAMI-Skala = „Community Attitudes to the Mentally Ill“) mit 3 Schwerpunkten („fear and exclusion“, „social control“ und „goodwill“), (Literaturhinweis: <b>Taylor MS &amp; Dear MJ, 1981</b>);</p> <p>In Skala <b>1)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> (Mittelwerte) der ZG (vv KG): <b>Vb</b> (p&lt;0,05) der Verhaltensintention gegenüber PE;</p> <p>In Skala <b>2)</b> T<sub>0</sub>/T<sub>1</sub> (Mittelwerte) der ZG (vv KG): <b>Vb</b>/Angstreduktion („fear &amp; exclusion“) (p&lt;0,05);</p>
------------	--

**Tabelle 22: Liste aller Organisationen die an der weltweiten Umfrage teilgenommen haben, sowie deren Kontaktmöglichkeiten**

Name der Organisation (mit laufender Nummerierung)	Land/Stadt	Faxnummer	Emailadresse
1. „keine Angabe“	Bulgarien/ Sofia	„keine Angabe“	galiapetrova@abv.bg
2. Sent - Slovensko zdruenje za dusevno zdravje	Slowenien/ Ljubljana	00386-1-2307838	info@sent-si.org
3. Psychiatrische Universitätsklinik	Schweiz/ Zürich	++41-1-296-7309	roessler@spd.unizh.ch
4. Suez Canal University	Ägypten/ Ismalia City	„keine Angabe“	mohamedellabban@hotmail.com
5. Zentralinstitut für seel. Gesundheit in Mannheim	Deutschland/ Mannheim	0621-1703-755	martini@zi-mannheim.de
6. BASTA	Deutschland/ München	089-4140-6688	info@opentheodoors.de
7. Landesverband Psychiatrie Erfahrener (LVPE) e.V.	Deutschland/ Rheinland-Pfalz	0651-1707967	f.j.wagner@gmx.net
8. Czech Association for Mental Health	Tschechien/ Prag	+420-224212656	capz-esprit@seznam.cz
9. Romanian League of Mental Health	Rumänien/ Bukarest	+4021-2520866	lrsm@dnt.ro
10. British Columbia Schizophrenia Society	Kanada/ Vancouver	604-270-9861	jduval@telus.net
11. FEAFES	Spanien/Madrid	+34-91-785-70-76	internacional@feafes.com
12. Irrsinnig menschlich e.V.	Deutschland/ Leipzig	++49-341-2228992	info@irrsinnig-menschlich.de
13. General Hospital in Stavanger	Norwegen/ Stavanger	++47-51515075	ijo@sir.no
14. University Psychiatric Clinic	Italien/ Cagliari	0039-70-496295	bcarpini@iol.it
15. WPA Anti-Stigma Program	Türkei/ Istanbul	+90-212-6312400	alpuocok@superonline.com
16. Safe Childhood	Mazedonien/ Skopje	++389-2-3121318	safechildhood@yahoo.com
17. OpenMindsOpenDoors	USA/ Harrisburg (PA)	+1-717-236-0192	info@openmindsopendoors.com
18. SANE Australia	Australien	+61-3-9682-5944	campaign@sane.org

Name der Organisation (mit laufender Nummerierung)	Land/Stadt	Faxnummer	Emailadresse
19. Eliminations of Barriers Initiative	USA/ Washington (DC)	+1-202-331-9420	praskin@vancomm.com
20. Samaritans	UK/ Irland	0208-394-8301	communication@samaritans.org
21. openthedoors e.V.	Deutschland/ Düsseldorf	0211-922-2020	baumanna@uni-duesseldorf.de
22. Institute of Mental Health	Serbien/ Belgrad	+11-322-69-25	dusica.1@imh.org.yu
23. Egyptian WPA Stigma Program	Ägypten	+202-7481786	tokasha@internetegypt.com
24. Gamian-Europe	UK/France/Italy and Sweden	++44-1732-367-926	rodneyelgie@supanet.com
25. IRCCS Centro S.Giovanni di Dio Fatebenefratelli	Italy/ Brescia	+39-0303533513	wpa.irccs@oh-fbf.it
26. het mis verstand	Belgien	„keine Angabe“	hetmisverstand@hotmail.com
27. „keine Angabe“	Tschechien/ Prag	+420234664113	bednarik_josef@lilly.com
28. DPS Vestmar	Norwegen/ Krageroe	+47-35-98-2994	gunnar.lyngstad@sthf.no
29. The Resource Center to Address Discrimination and Stigma Associated with Mental Illness	USA/ Philadelphia (PA)	++1-215-636-6312	info@adscenter.org
30. Psychosocial Vocational Rehabilitation Unit – University Research Institute	Griechenland/ Athen	0030-210-6170917	vkaridi@compulink.gr
31. Clinique La Métairie	Schweiz	+41-223632001	contact@lametairie.ch
32. Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis	Belgien/ Geel	+3214579077	marc.godemont@opzgeel.be
33. Gesellschaft für psych. Gesundheit in Tirol	Österreich/ Innsbruck	0043-512-5851299	office@gpg-tirol.at
34. HPE - Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter	Österreich/ Wien	0043-1-526420220	edwin.ladinser@hpe.at
35. open the doors	Deutschland/ Itzehoe	04821-7722809	a.deister@kh-itzehoe.de

Name der Organisation (mit laufender Nummerierung)	Land/Stadt	Faxnummer	Emailadresse
36. Instituto Nacional de Psiquiatria	Bolivien/ Sucre	„keine Angabe“	elfygustiniano@hotmail.com
37. PNG Mental Health Association	Papua New Guinea/ Port Moresby	675-3259843	michael_mail@hotmail.com
38. Lousiana State University Health Science Center	USA/ Shreveport, Lousiana	318-675-4698	akabli@lsuhsc.edu
39. Antistigma Kampagne Münster	Deutschland/ Münster	++49-2501-9889879	apkverein@muenster.de
40. Psychiatricentrum "Vijverdal"	Niederlande	0031-43-3685399	d.petry@vijverdal.nl
41. Anti-Stigma Aktion München (ASAM)	Deutschland/ München	089-5160-5875	petra.decker@psy.med.uni-muenchen.de
42. Croatian Psychiatric Association	Kroatien/ Zagreb	+3851-24-21-854	<a href="mailto:hpd@zg.hinet.hr">hpd@zg.hinet.hr</a> igor.filipcic@zg.tel.hr
43. Association for Community Psychiatry and Care Development	Polen/ Krakau	0048-12-422-56-74	mzcechni@cyt-kr.edu.pl
44. National Society for mentally and emotionally handicapped children	Pakistan/ Lahore	+92-42-5172665	ktareen@wol.net.pk
45. Azerbaiecan Psychiatry Association	Azerbaiecan/ Baru	00994-12-975514	k_halik@aznet.com
46. Mental Health Media	UK/ London	+44-2076860959	chas.deswiet@mhmedia.com
47. The FAMH	Finland/ Helsinki	+358-9-61551770	kristina.salonen@mielen-terveysseura
48. Mental Health Federation of Pakistan	Pakistan/ Lahore	+92-42-5172665	itareen@wol.net.pk
49. Estuar Foundation	Rumänien	00401-3322910	estuar@dnt.ro
50. NGO/ Moldova Philanthropy	Republic of Moldova/ Chisinau	3732-545073	philantropy@moldova.md
51. See me	Scotland	0131-6248904	linda.dunion@seemescotland.org
52. GGZ Nederland	Niederlande	+31-302894870	chuitink@ggz nederland.nl

Name der Organisation (mit laufender Nummerierung)	Land/Stadt	Faxnummer	Emailadresse
53. Flemish Mental Health Association	Belgien	+32-92217725	paul@vvgg.be
54. Alzheimer Disease Association of Nigeria	Nigeria	234046460124	tfine@infoweb.abs.net
55. Psychiatric Stigma Study Group (PSTIGMA)	Australien/ Sydney	612-9416-1246	arosen@doh.health.nsw.gov.au
56. The national Association of (Ex)Users of Psychiatry	Dänemark	+45-66194511	lap@lap.dk

**Tabelle 23: Zielgruppenspezifische Projekte und ihr Evaluations- und Publikationsstand; Legende zur Einstellungsveränderung\* laut Angabe der Befragten und/oder publizierten Ergebnissen: (+) Einstellungsverbesserung; (-) Einstellungsverschlechterung; (0) keine Einstellungsveränderung; (x) „keine Evaluation durchgeführt“ oder „noch keine Ergebnisse ausgewertet“, „keine Antwort im Fragebogen angekreuzt“**

Zielgruppenspezifische Projekte (durchführende Organisation; vgl. Nummerierung in der Namensliste Tab. 21)	Begegnung J/N	Evaluation J/N	Publikation J/N	Einstellungs- veränderung*
1. Journalisten (1)	J	N	N	X
2. Med./psych. Personal (1)	J	N	N	X
3. Med./psych. Personal (2)	J	N	N	X
4. Polizeibeamte (3)	N	N	N	X
5. SchülerInnen (3)	J	J	N	X
6. Med./psych. Personal (3)	N	J	N	X
7. SchülerInnen (4)	J	J	N	+
8. SchülerInnen (5)	J	N	N	X
9. SchülerInnen (6)	J	J	N	X
10. Polizeibeamte (6)	J	J	N	X
11. SchülerInnen und Lehrer (7)	J	N	N	X
12. Öffentlichkeit (7)	J	N	N	X
13. Öffentlichkeit (8)	J	J	N	0
14. Öffentlichkeit (9)	J	J	N	X
15. Journalisten (9)	J	J	N	0
16. SchülerInnen, Lehrer, Hausärzte (10)	N	J	N	+

17. <i>Studenten, Lehrer, Sozialarbeiter, Busfahrer, Bibliothekare, Polizeibeamte (10)</i>	J	J	N	+	
18. <i>Öffentlichkeit (10)</i>	N	N	N		X
19. <i>Angehörige (10)</i>	N	J	N	+	
20. <i>Kinder psychisch kranker Eltern (10)</i>	N	J	N	+	
21. <i>Angehörige (11)</i>	J	J	N		X
22. <i>Politiker (11)</i>	J	J	N		X
23. <i>SchülerInnen (12)</i>	J	J	J	+	
24. <i>Journalisten (12)</i>	J	J	N	+	
25. <i>Lehrer (12)</i>	J	N	N		X
26. <i>SchülerInnen (13)</i>	N	J	J	+	
27. <i>SchülerInnen (14)</i>	J	N	N		X
28. <i>Hausärzte (15)</i>	J	J	vorraussichtl. 2004	+	
29. <i>SchülerInnen und Lehrer (15)</i>	N	J	N		X
30. <i>Med./psych. Personal (16)</i>	J	N	N		X
31. <i>Angestellte (17)</i>	J	J	N	+	
32. <i>Politiker (17)</i>	J	J	N		X
33. <i>Journalisten (18)</i>	N	J	N		X
34. <i>Öffentlichkeit (19)</i>	J	J	N		X
35. <i>Angestellte (19)</i>	J	J	N		X
36. <i>Lehrer (19)</i>	J	J	N		X
37. <i>Öffentlichkeit (21)</i>	J	J	vorraussichtl. 2003	-	
38. <i>SchülerInnen (21)</i>	J	J	N	+	
39. <i>Medienvertreter (21)</i>	J	N	N		X
40. <i>Politiker, Medienvertreter, Öffentlichkeit (24)</i>	N	N	N		X
41. <i>SchülerInnen (25)</i>	J	J	N	+	
42. <i>Öffentlichkeit (26)</i>	J	N	N		X
43. <i>Med./psych. Personal (28)</i>	N	N	N		X
44. <i>Öffentlichkeit (29)</i>	J	J	N		X
45. <i>Psychiatrische Patienten (30)</i>	J	J	N		X
46. <i>Med./psych. Personal (31)</i>	N	N	N		X
47. <i>Öffentlichkeit (32)</i>	J	N	N		X



48. SchülerInnen (33)	J	J	J	+	
49. Öffentlichkeit (33)	J	N	N		X
50. SchülerInnen (34)	J	J	N	+	
51. Polizeibeamte (34)	J	N	N		X
52. Öffentlichkeit (35)	J	N	N		X
53. Med./psych. Personal (36)	N	N	N		X
54. Psychiatr. Patienten, Öffentlichkeit (37)	J	N	N		X
55. SchülerInnen (38)	J	N	N		X
56. SchülerInnen (39)	J	J	vorraussichtl. 2003		X
57. Öffentlichkeit (39)	J	N	N		X
58. Psychiatr. Patienten (40)	J	J	N		X
59. Öffentlichkeit (41)	J	J	N		X
60. SchülerInnen (41)	J	N	N		X
61. Journalisten (41)	J	N	N		X
62. Öffentlichkeit (42)	N	J	N		X
63. Med./psych. Personal (42)	J	J	N		X
64. Med./psych. Personal (44)	N	J	N		X
65. Med./psych. Personal (45)	J	J	N	0	
66. Psychiatr. Patienten (46)	J	J	N		X
67. SchülerInnen (47)	N	J	N		X
68. Politiker (47)	J	J	N		X
69. SchülerInnen (48)	J	J	N	+	
70. Med./psych. Personal (48)	N	J	N		X
71. Öffentlichkeit (49)	J	J	N	+	
72. Psychiatr. Patienten, Angehörige (50)	J	J	N	+	
73. Journalisten (51)	J	J	N	+	
74. Öffentlichkeit (53)	J	J	N		X
75. Journalisten (53)	N	N	N		X
76. Politiker (53)	J	J	N		X
77. Angehörige (54)	J	N	N		X
78. Psychiatr. Patienten (56)	J	J	N		X

**Tabelle 24: Alle im Baustein I. des Lernpakets „Psychisch Kranke“ integrierten Sätze (das Satzpuzzle)**

<b>Leichte Sätze</b>	<b>Schwere Sätze</b>
Bei uns wissen die Leute mehr über Aliens, als über Schizophrenie.	In unserer Gesellschaft werden Themen wie psychische Krankheiten tabuisiert.
Ich habe mir meine Krankheit nicht ausgesucht.	Ich wünsche mir, dass meine Familie und Freunde mich mit meiner Schizophrenie akzeptieren.
Kennen Sie einen psychisch Kranken in Ihrer Nachbarschaft?	Ich wünsche mir als psychisch Kranker, dass ich als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft anerkannt werde.
Schizophrene sind häufiger gewalttätig als die übrige Bevölkerung.	Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit.
Bei psychisch Kranken weiß man nie, was sie als nächstes tun werden.	Haben Sie schon einmal daran gedacht, dass Sie selbst oder jemand aus Ihrer Familie psychisch krank werden könnte?
Die Irren gehören hinter Schloss und Riegel.	Genie und Wahnsinn liegen nahe beieinander.
Ich träume davon, dass ich irgendwann keine Medikamente mehr nehmen muss.	An die Stelle eines Vorurteils ein Urteil zu setzen, erfordert geistige Selbständigkeit.
Mit Malen kann ich meine Gefühle ausdrücken.	Bei Psychosen ist die Wahrnehmung in sich kohärent, gegenüber der Durchschnittsbevölkerung aber verschoben.
Aus der Klappe kommt man verrückter raus, als man reingeht.	Durch selbstverantwortliche Eigenvorsorge und durch Erhöhung der Achtsamkeit auf individuelle Frühwarnsymptome können Rückfälle bei psychischen Krankheiten vermieden werden.
Ein Mensch ohne Arbeit ist nichts wert.	
Was stellen Sie sich unter einem Nervenzusammenbruch vor?	
Wie soll man sich psychisch Kranken gegenüber richtig verhalten?	

**Anlage 1: Fragebogen zur weltweiten Umfrage (deutsche Version)**

Rücksendung bitte an folgende Fax-Nr.: **+49-89-4140-6688**.

TECHNISCHE  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN

CENTRUM FÜR  
DISEASE MANAGEMENT  
an der Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie der Technischen  
Universität München

**Fragebogen zur Erhebung wichtiger Daten  
aktiver Anti-Stigma Kampagnen**

Beantworten Sie bitte diese 10 Fragen. Die Bearbeitungszeit beträgt ca.5 Minuten.

Bei den geschlossenen Fragen können Sie stets **mehrere Möglichkeiten** ankreuzen. Dadurch werden Sie in die Datenbank aller aktiven Anti-Stigma Gruppen und Kampagnen zur Entstigmatisierung psychisch Kranker aufgenommen und erhalten in naher Zukunft eine Liste aller an der Befragung teilnehmenden Zentren.

**1. Wo sind Sie tätig? (Land/Stadt)** \_\_\_\_\_

**2. Wie ist der Name der Organisation?** \_\_\_\_\_

**3. Tragen Sie hier bitte Ihre Faxnummer ein:** \_\_\_\_\_

**4. Tragen Sie hier bitte leserlich Ihre email-Adresse ein:** \_\_\_\_\_

**5. Wann wurde die Organisation gegründet?** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

**6. Wieviele aktive (an Projekten teilnehmende) Mitarbeiter (zB. Betroffene, Angehörige, Ärzte, andere Helfer) gibt es in der Organisation/Kampagne?**

**7. Wie finanzieren Sie Ihre Projekte / Ihre Arbeit?**

- Spenden       Sponsoren       Drittmittel       Mitgliederbeiträge
- Keine Fremdfinanzierung       Andere: \_\_\_\_\_

**8. Führen Sie Projekte für spezielle Zielgruppen durch?**

- Nein**     **Ja**, bei folgenden Zielgruppen:     Schüler       Lehrer       Polizisten
- Journalisten       Mediz./psychiatr. Personal
- Andere \_\_\_\_\_

**9. Veranstalten Sie Aktionen für die Allgemeinbevölkerung?**

- Nein**     **Ja** mit:
- Informationsständen       Plakaten/Flyern
- Kulturellen Veranstaltungen (Konzerte/Lesungen/anderes: \_\_\_\_\_)
- Sportveranstaltungen (Wandern/Fußballspielen/Sport im allgemeinen)
- Organisation von Protestaktionen bei aktuellen Diskriminierungsfällen (Stigma Watch)
- Anderes: \_\_\_\_\_



Rücksendung bitte an FAX-Nummer: **+49 – 89 – 4140 - 6688**

### 10.1 Zielgruppenspezifische Projekte

(Es liegen zwei Formblätter vor. Bitte verwenden Sie für jede Zielgruppe ein separates Blatt, bei Bedarf bitte diese Vorlage vervielfältigen. Danke.)

**A. Zielgruppe:** \_\_\_\_\_

#### I. Welche Inhalte/Schwerpunkte hat Ihr Projekt?

- Informationsvermittlung durch Videomaterial und/ oder ...  ... Hefte/Bücher/Flyer (Lesematerial)
- Begegnung mit Betroffenen und/oder ...  ... professionellen Helfern
- Aktivitäten der Zielgruppe mit Betroffenen, z.B. Sport, Kunstprojekte o.ä.: \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### II. Was wirkt aus Ihrer Sicht in Ihrem Projekt am Besten entstigmatisierend? (Bis zu 3 Antworten möglich.)

- Hintergrundinformationen zur Krankheit vermittelt durch Personen/ professionelle Helfer  Kunst-/Kulturprojekte von/mit Betroffenen
- Hintergrundinformationen zur Krankheit vermittelt durch Hefte/Bücher/Flyer (Lesematerial)  Die Begegnung mit Betroffenen
- Hintergrundinformationen zur Krankheit vermittelt durch Videos/moderne Medien  Das Engagement eines Prominenten
- Sport der Zielgruppe (zB. Wandern, Fußball etc.) mit Betroffenen  Die Arbeit mit Medien für objektive und faire Berichterstattung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### III. Wird/Wurde das Projekt evaluiert? ja nein

- prä  post  nach 1 Monat  nach 3 oder > Monaten

**Auswertungsparameter, -kriterien (Skalen):** \_\_\_\_\_

- Ergebnisse:**  bisher noch keine Ergebnisse ausgewertet
- Einstellungsverbesserung/reduzierte Stigmatisierung
- Einstellungsverschlechterung/erhöhte Stigmatisierung
- Kein Unterschied zwischen der Einstellung prä/post Intervention

**Findet eine Begegnung der Zielgruppe mit Betroffenen statt?**  ja  nein

**Publikation:**  ja  nein

Journal: \_\_\_\_\_ Erstautor: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

**Anlage 2: Begleitschreiben der weltweiten Umfrage (deutsche Version)**TECHNISCHE  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHENCENTRUM FÜR DISEASE MANAGEMENT  
Möhlstr. 26 · 81675 München**Adresse**CENTRUM FÜR  
DISEASE MANAGEMENT  
an der Klinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie der  
Technischen Universität  
MünchenMöhlstr. 26  
81675 München  
Tel. ++49-89-4140-6674  
Fax ++49-89-4140-6688  
Email k.wundsam@tzm.tum.de

Datum

Sehr geehrte ,

die Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung litten oder leiden, ist ein weltweit anerkanntes Problem. Die Bayerische Anti-Stigma Aktion BASTA - [www.openthedoors.de](http://www.openthedoors.de) - in München ist Teil des Programms der WPA zur Entdiskriminierung psychisch Kranker.

Im Rahmen einer Doktorarbeit soll eine Liste aller aktiv wirkenden Anti-Stigma Gruppen und Kampagnen zusammengestellt werden, unabhängig davon ob diese an das Programm der WPA angegliedert sind oder es sich um das Engagement von Privatpersonen, Betroffenen und/oder Angehörigen handelt.

Diese Liste wird nach Vervollständigung auf der Website **www.openthedoors.de** veröffentlicht. Durch die Erstellung einer solchen Adressenliste soll es den beteiligten Anti-Stigma-Gruppen möglich sein, leichter Kontakt miteinander aufzunehmen um gemeinsam Aktionen zu koordinieren, Hilfe und Rat bei geplanten Veranstaltungen zu finden, von Evaluationsergebnissen zu profitieren und Unterstützung verschiedenster Art durch Sponsoren, Institutionen u.a. zu erhalten.

Wenn Sie in diese Adressenliste integriert werden möchten, schicken Sie einfach **innerhalb der kommenden 6 Wochen** den beigelegten Fragebogen ausgefüllt an folgende

Faxnummer: **++49-89-4140-6688**oder an die Adresse: **BASTA, Möhlstr. 26, 81675 München**

Oder füllen Sie den Fragebogen bequem online aus unter der www-Adresse: [www.ufoiu.net/tum](http://www.ufoiu.net/tum). (Sie loggen sich ein, indem Sie an die Stelle des Benutzernamens **und** des Passwortes die Buchstaben **antistigma** eintippen.)

Wenn Sie den Fragebogen ausfüllen und an dafür vorgesehener Stelle Ihre Email-Adresse angeben, senden wir Ihnen gerne nach Beendigung der Befragung eine komplette Adressenliste zu.

Wir möchten Sie an dieser Stelle auch bitten, diesen Fragenkatalog **an weitere Ihnen bekannte Anti-Stigma-Gruppen zu schicken**, um so daran mitzuwirken ein funktionierendes Netzwerk gegen die Diskriminierung psychisch Kranker zu erschaffen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Werner Kissling  
Koordinator der BASTAKerstin Wundsam  
Projektleitung BASTA

**Anlage 3: Erlebnisbericht I.**

Gruppe A

**Erlebnisbericht**

Herr W. (Vater eines betroffenen Sohnes)

Unser Sohn ist schon seit ca. 10 Jahren an Schizophrenie erkrankt, er war auch schon mehrere mal im BKH. Vor einigen Tagen bemerkten wir, dass er wieder deutliche Krankheitszeichen (Stimmen hören, Ängste usw.) hatte. Am besagten Tag wollte er unbedingt von mir den Autoschlüssel, er wollte in die Stadt fahren. Nach längerem Verhandeln wussten wir uns nicht mehr zu helfen und riefen die Polizei. In seinem Zustand wäre eine Fahrt für ihn und andere eine Gefahr gewesen. Also kamen zwei junge Polizisten in Uniform und versuchten den Kranken zu überzeugen, dass er nicht fahren sollte und ein Klinikaufenthalt notwendig wäre. Unser Sohn sagte immer wieder, er hätte niemandem etwas getan und er ginge nicht mit. Letztendlich riefen die beiden Polizisten um Verstärkung und es kamen zwei "knallharte" Kollegen mit Schlagstöcken. Unser Sohn versicherte immer wieder, er hätte niemandem etwas getan und er ginge nicht mit.

Nach kurzen Blickkontakt zwischen den Polizisten zogen sie unseren an sich friedlichen Sohn (1,92 m groß) die Beine weg und legten ihn bäuchlings auf den Boden, die Arme nach hinten und Handschellen an. Auf meine Bitte hin, durch den Garten zum Auto zu gehen erwiderte man mir, " wo wir hereingekommen sind, gehen wir auch wieder hinaus ". So wurde unser Sohn wie ein Verbrecher durch die Siedlung geführt, zum Polizeiauto gebracht und abtransportiert (...) Dieses brutale Verhalten schockierte uns ( die Eltern ) dermaßen, dass wir heute -- nach Jahren -- noch schlecht mit der Situation umgehen können. Die Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl unseres Sohnes, sind nicht nachvollziehbar. (...)"

**Anlage 4: Erlebnisbericht II.**

Gruppe B

**Erlebnisberichte**

Herr H. (Betroffener)

„...Im Oktober 1980 erlebte ich meinen ersten schizophrenen Schub. Ich war zu dieser Zeit 21 Jahre alt. Ich hatte 5 Tage lang nicht geschlafen, nichts getrunken und nicht gegessen. Tagsüber irrte ich durch Stuttgart, nachts ging ich am Neckar spazieren.

Ich war in dem Wahn, Jesus Christus zu sein, gefangen und ich war völlig davon überzeugt, dass ein weltweiter Atomkrieg unmittelbar bevorstehe. Ich tanzte auf dem Stuttgarter Hauptbahnhof bestimmte rituelle Tänze und sang dazu laut. Die Bahn-Polizei wurde auf mich aufmerksam und nahm mich (ohne jegliche Gewalt!) mit auf deren Wache. Dort fragten sie mich, wie ich hieße. Ich sagte: "Jesus Christus". Ich hatte meinen Personalausweis während dieser Tage weggeworfen, hatte nur meine, inzwischen schmutzige Kleidung (urindurchnässte Hose) an, hatte einen Vollbart und ungepflegte, wirre Haare, sowie keinerlei Geld.

Die Beamten ließen mich in der Ausnüchterungs-Zelle bis zum nächsten Morgen schlafen. Dann holten sie mir eine Rotkreuz-Schwester, die immer neben mir saß.

Immer wieder versuchten die Polizisten, von mir zu erfahren, wer ich sei...ohne Erfolg.

Einer der Polizisten bat mir sein Pausenbrot an, weil ich so verhungert aussah...daraufhin verriet ich ihm meinen Namen und die Adresse meiner Eltern, und ich sagte noch zu ihm, dass mein Vater Arzt sei. Die Beamten waren froh, mir jetzt Hilfe zukommen lassen zu können und riefen meine Eltern an. Mein Vater sorgte sofort für stationäre psychiatrische Behandlung für mich und den Kranken-Transport dorthin.

Ich bin dem Polizisten, der mir das Brot angeboten hatte, noch heute sehr dankbar....“

**Anlage 5: Anleitung zur Bearbeitung des Erlebnisberichts aus Sicht der Beamten**TECHNISCHE  
UNIVERSITÄT  
MÜNCHEN**Anleitung zur Kleingruppenarbeit**  
(Beamtensicht)

- 1) Lesen Sie den vorliegenden Erlebnisbericht.
- 2) Diskutieren Sie in der Kleingruppe folgende Fragen:
  - a) Wie wirkt das Verhalten der Beamten auf Sie?
  - b) Gibt es Alternativen zu den beschriebenen Handlungsweisen? Wo liegen die Grenzen der Beamten und worin sehen Sie Möglichkeiten, deren Verhalten zu verbessern oder die Situation anders zu meistern?
  - c) Gibt es ähnliche Erfahrungen aus Ihrer Sicht, die Sie bereits gemacht haben? Diskutieren Sie diese in der Gruppe.
- 3) Formulieren Sie eine Schlussfolgerung (aus der Sicht der Beamten), die im Plenum diskutiert werden kann.
- 4) Fragen an anwesende Angehörige, Betroffene und professionelle Helfer?



**Anlage 6: Anleitung zur Bearbeitung des Erlebnisberichts aus Sicht der Betroffenen**

Anleitung zur Kleingruppenarbeit  
(Betroffenensicht)

- 1) Lesen Sie den vorliegenden Erlebnisbericht.
  
- 2) Diskutieren Sie in der Kleingruppe folgende Fragen:
  - a) Wie wirkt das Verhalten des psychisch Kranken und seiner Angehörigen auf Sie? (bedrohlich, mitleiderregend, verständlich etc.?)
  
  - b) Welches Verhalten der Beamten würden Sie sich wünschen, wenn Sie Angehöriger des Betroffenen oder der Betroffene selbst dieses Erlebnisberichtes wären?
  
  - c) Haben Sie ähnliche Einsätze bereits erlebt? Diskutieren Sie diese in der Gruppe.
  
- 3) Formulieren Sie eine Schlussfolgerung (aus der Sicht des psychisch Kranken), die im Plenum diskutiert werden kann.
  
- 4) Fragen an anwesende Angehörige, Betroffene und professionelle Helfer?

**Anlage 7: Verhaltenstipps für schwierige, eskalierende Situationen****Tipps für den Kontakt mit akut psychisch Kranken**

Im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen können oft Situationen entstehen die für Beamte, Betroffene und Angehörige sehr schwierig sind und manchmal auch mit Gewalteinwirkung einhergehen. Um dem vorzubauen finden Sie hier eine kurze Sammlung an Verhaltensvorschlägen, die in Krisensituationen zur De-eskalation beitragen können.

- Erster Kontakt

1. Stellen Sie sich mit Ihrem Namen vor und erklären Sie der betroffenen Person, dass Sie gerufen wurden und von wem.
2. Versuchen Sie der betroffenen Person zu vermitteln, dass Sie hier sind, weil Sie ihr etwas Gutes tun wollen: „Wir machen uns Sorgen um Sie!“, „Wir wollen Ihnen helfen!“, „Ihre Eltern machen sich Sorgen um Sie.“
3. Erklärungen sind im Erstkontakt sehr wichtig. Versuchen Sie immer zu erklären, „wieso“ etwas passiert und wieso nicht. Versuchen Sie so offen mit dem Patienten um zugehen wie möglich, sodass der Betroffene keine Angst vor „einem abgekarteten Spiel“ haben muss.

- Verhaltensvorschläge

*„bestimmtes, aber freundliches und aufmerksames Auftreten“*

1. Es sollte immer nur eine Person mit dem Betroffenen reden, die mit ruhiger Stimme versucht Gelassenheit auszustrahlen. Vermeiden Sie, dass mehrere Menschen in der Nähe der betroffenen Person („chaotisch“) durcheinander sprechen.
2. Halten Sie einen normalen Gesprächsabstand zum Betroffenen ein, der allen Beteiligten den nötigen persönlichen Freiraum beibehalten lässt.
3. Vermeiden Sie drohende Gebärden und „mächtig“ anmutende Verhaltensweisen. Verzichten Sie darauf, Druck auszuüben – weder verbal noch physisch - und die betroffene Person in die Enge zu treiben.  
Drohungen und Beschimpfungen helfen nicht weiter. Wenn der Betroffene auf Ihr Ansprechen nicht reagiert, versuchen Sie Ruhe auszustrahlen und keinen vermehrten Stress auszulösen. Der Betroffene kann nämlich oft - als Zeichen seiner Krankheit – nicht auf Anweisungen reagieren. Nehmen Sie die Ängste, Klagen und Wahrnehmungen ernst und gehen Sie „ehrlich“ damit um. Versuchen Sie nicht mit Verlegenheitslügen/-schwindeleien die Situation „zu entschärfen“, denn Sie verstärken so nur die Wahnvorstellungen.

- Wie geht es dem Patienten? Wie fühlt er sich?

*„Unterhalten wir uns ...“*

1. Lassen Sie die Person frei berichten und schließen Sie danach auf eventuelle Personenverknennung/Orientierungsschwierigkeiten?
2. Reagiert die Person nicht auf offene Fragen, stellen Sie leichte geschlossene Fragen, um seinen Orientierungsstatus zu klären; (klärt die Einweisungsnotwendigkeit)
3. Fragen Sie die Person, ob sie Hilfe benötigt oder möchte und von wem. („Brauchen Sie Hilfe?“, „Wer glauben Sie, könnte Ihnen jetzt am Besten helfen?“)

- Verabschiedung

im Anschluss an die Intervention (im Speziellen, wenn Gewaltanwendung nötig war):  
Kontaktmöglichkeit schaffen (Visitenkarte ausgeben; Gespräch anbieten)

- Vor dem Dienstantritt

Notrufnummern/ Telefonnummer des nervenärztlicher Notdienstes einholen;

**Anlage 8: Wünsche der Betroffenen und Angehörigen gegenüber Beamten im Dienst****Anregungen und Wünsche aus Sicht der Betroffenen und Angehörigen**1. Den Betroffenen akzeptieren und respektvoll behandeln:

- Geben Sie der/dem Betroffenen bei der Verabschiedung „die Hand“ und wünschen Sie ihm/ihr „gute Besserung“.
- Fragen Sie nach Wünschen, wie Getränke usw. und erkundigen Sie sich nach dem Befinden der betroffenen Person („wie geht es Ihnen“).
- Versuchen Sie, trotz eventuell verwirrter Aussprüche der/des Betroffenen, die akuten Bedürfnisse herauszuhören (Eltern oder Arzt anrufen, Hunger etc.).
- Eine korrekte und höfliche Verhaltensweise ist sehr wichtig. Ihr Verhalten sollte nicht von dem gegenüber anderen Menschen abweichen.

Diese Verhaltensweisen bleiben im Gedächtnis und der Betroffene fühlt sich dadurch gewertschätzt.

*„Bitte bedenken Sie: jeder vor ihnen stehende psychisch Kranke hat eine eigene Lebensgeschichte und eigene - eben oft auch - (Nicht-)Vorerfahrungen mit der Polizei.“ (Herr H.)*

*„Wichtig wäre mir, dass ich als „momentan Kranker“ gesehen werde – dabei aber nicht als „total Hilfloser“ (= doof).“ (Herr L.)*

2. Den Betroffenen Erklärungen abgeben:

- Versuchen Sie bei einzelnen Schritten diese zu erklären: wohin man fährt, wen man benachrichtigt usw., wieso Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden – Sie geben mit Erklärungen dem Betroffenen die Möglichkeit, diese Maßnahmen einzusehen.
- Erlauben Sie sich als Beamter keine Ausweich-„schwindeleien“, um den Betroffenen in seinen falschen Vorstellungen von der Wirklichkeit zu bestärken und ihn so zu bewegen, das zu tun, was Sie wollen (z.B. der Psychiatrie Erfahrene glaubt, er würde von der Umwelt verstrahlt und dann eine Lampe auf ihn richtend sagen“ die Lampe *ent*strahlt sie“ ... ).

*„Ein Wunsch von mir wäre, von den handelnden Polizisten als „Mensch“ wahrgenommen zu werden.“*

3. Den Betroffenen Schutz bieten:

- Sofern Schaulustige/ Nachbarn sich über den Betroffenen lustig machen, sollten Vertreter der Staatsgewalt dies nicht übergehen, sondern das Recht des Betroffenen auf Respektwahrung gegenüber seiner Person verteidigen.
- Nutzung der HANDSCHELLEN dann einsetzen, wenn wirklich **unbedingt nötig !!!** (In Handschellen abgeführt zu werden unterstützt das Vorurteil bei den Schaulustigen: in der Psychiatrie sind nur Verbrecher!).
- Dem Betroffenen Zeit und Raum zum Nachdenken geben und eventuell deshalb Abstand halten, ohne das Gefühl des „allein lassens“ aufkommen zu lassen.
- Wenn möglich einen Polizeipsychologen zum Geschehen hinzu holen. Ein gemischt-geschlechtliches Polizeiteam kann ebenfalls sehr hilfreich sein.

*„Für mich war immer das Einsteigen in das Polizei-Auto am peinlichsten, weil dies auch öffentlich geschieht. Im Polizeiauto ist die Öffentlichkeit wieder draußen.“ (Frau M.)*

**Anlage 9: Fragebogen zur Erstellung eines stichpunktartigen Lebenslaufes**

Fragen zur Erstellung von Lebensläufen  
im Rahmen des Lernpakets „Psychisch Kranke“  
an Schulen



1. Wie alt sind Sie?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Wie wohnen Sie? Leben Sie allein, in einer Wohngemeinschaft oder bei Ihren Eltern? Haben Sie einen Betreuer?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Welche Schule haben Sie besucht? Haben Sie einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen? Welche berufliche Ausbildung haben Sie (abgeschlossen/nicht abgeschlossen)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Arbeiten Sie momentan? Wenn ja, in welcher Einrichtung/ in welchem Berufszweig?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Welche Hobbies haben Sie? Was machen Sie am Allerliebsten in Ihrer Freizeit? Was interessiert Sie besonders?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Was war das Aufregenste, Spannendste und/oder Beeindruckendste, was Sie je erlebt haben?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fragen zur Erstellung von Lebensläufen  
im Rahmen des Lernpakets „Psychisch Kranke“  
an Schulen

7. Unter welcher psychischen Krankheit litten/leiden Sie?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Wann erkrankten Sie erstmals? Was waren Ihre damaligen ersten Symptome?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Welchen Verlauf nahm die Krankheit seit dem ersten Auftreten? Nehmen Sie Medikamente ein und wie heißen diese? Trät dadurch eine Besserung ein?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Leiden Sie unter Nebenwirkungen dieser Medikamente? Wenn ja, unter welchen Nebenwirkungen leiden Sie?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Was sind angenehme und unangenehme Erlebnisse im Alltag, die durch die Krankheit bedingt auftreten? Kennen Sie das Gefühl der Diskriminierung und wenn ja, in welcher Situation tritt/trat sie auf?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fragen zur Erstellung von Lebensläufen  
im Rahmen des Lernpakets „Psychisch Kranke“  
an Schulen

12. Haben Sie Erfahrung mit Gewalt/Aggression gegen Ihre Person? Wenn ja, was glauben Sie war der Grund dafür?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

13. Hatten Sie schon jemals Kontakt mit der Justiz/ Polizei? Wenn ja, wie war der Kontakt damals für Sie? Würden Sie schon einmal wegen eines Verbrechens angeklagt oder verurteilt?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

14. Wünschen Sie sich manchmal, anders zu leben? Was würde Ihr Leben schöner machen? Was würden Sie sich im Umgang mit Ihren Mitmenschen wünschen? Über welche Gesten und Verhaltensweisen in Ihrem Umfeld, würden Sie sich freuen? Was wollten Sie schon immer mal gerne machen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Fragen zur Erstellung von Lebensläufen  
im Rahmen des Lernpakets „Psychisch Kranke“  
an Schulen

15. Wenn Sie uns sonst noch wichtige Punkte zu Ihrer Person mitteilen wollen, ist folgender Raum dafür vorgesehen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Anlage 10: Beispiel eines Lebenslaufreferates (Hermann Wessel = Pseudonym)****Hermann Wessel**

1. Alter > 42
2. Lebens- Wohnsituation (Wohngemeinschaft? bei Eltern? Betreutes Wohnen etc.) > ich lebe allein; eine Rechtsanwältin betreut mich in Vermögensangelegenheiten;
3. Schule/ Schulabschluss/ berufliche Ausbildung > Gymnasium, bis zur Mittleren Reife; Verschiedene Ausbildungsversuche: Krankenpflege, Theater-Regie/ Dramaturgie, Industriekaufmann, BWL- Studium (1 Semester - nach bestehen einer Begabtenprüfung bei einer Stiftung), Teilzertifikat Werkschutz; Praktikum im Kindergarten und in der Bahnhofsmission; Bühnentanz-Ausbildung (Grundausbildung);
4. jetzige berufliche Situation > ich arbeite zur Zeit nicht (Frührente aufgrund der Erkrankung);
5. Hobbies/ Freizeit/ besondere Interessen > Ich mache gern weite Reisen und interessiere mich für Politik.
6. Erkrankung/ Diagnose > schizo-affektive Psychose
7. seit wann besteht die Erkrankung/ erste Symptome dieser Diagnose > in der Kindheit bestand ein Wasch- und Ordnungszwang; in der Pubertät trat eine schwere Depression auf; ab dem 21. Lebensjahr: paranoid-halluzinatorische Schizophrenie mit Angst vor unmittelbar bevorstehenden Atomkrieg; „ich bin John Granko – ich bin Jesus Christus“; (John Granko ist Ballettmeister und war mir sehr wichtig, weshalb das Thema der Psychose sich auch mit ihm beschäftigt hat)

8. Therapie (Medikamente);  
wenn ja: welche Besserung trat  
dadurch ein? aktuelle Beschwerden?
- > Neuroleptika (Haldol-Depot, Haldol-Tabletten),  
Akineton, Antidepressivum (Doxepin  
neuraxpharm), Antikonvulsivum (Promethazin)  
Carbium(Hypnotikum), bei Bedarf:  
Benzodiazepine (Diazepam);  
während der 21 Jahre hatte ich mehrere  
Rezidive (Rückfälle) – meist alle 3 Jahre, z. Teil  
trotz Rezidivprophylaxe; seit 1996 keine  
stationäre Behandlung mehr nötig gewesen!  
als Nebenwirkungen tritt bei mir nur leichtes  
Muskelzittern auf (in Beinen nur morgens und  
etwas in den Händen);
9. Erlebnisse im Alltag mit der  
Krankheit  
(angenehm/unangenehm)
- > relativ wenig Diskriminierung wegen der  
Psychose, aber sehr heftig und oft wegen  
meiner Veranlagung zur Homosexualität;
10. Erfahrung mit Gewalt (im Alltag und/  
oder während der Erkrankung)  
durch Aussenstehende
- > es wurden 2 Raubüberfälle auf mich als  
junger Erwachsener verübt; einmal in  
Stuttgart mit brutalem Zusammenschlagen  
(8 Personen; vermutlich Neonazis) wegen  
meiner Homosexualität.
11. Kontakt mit Justiz/ Polizei?  
Wenn ja, welcher Art/  
mit welchen Folgen?
- > als Opfer (siehe Pkt.9) mit der Kripo Stuttgart  
und am Vormundschaftsgericht wegen der  
Betreuung in Vermögensangelegenheiten; ich  
bin nicht vorbestraft;
12. Wünsche zur Verbesserung der  
Lebenssituation?
- > Ich würde mich sehr über weniger verbale  
und körperliche Aggressivität in der  
Bevölkerung Homosexuellen gegenüber freuen.
13. Sonstiges
- > Ich arbeite gerne an sinnvollen Aufgaben mit (eine  
davon ist bei Bayerische Anti-Stigma Aktion, die ich  
zu meiner großen Freude für mich entdeckt habe.)

**Anlage 11: Interviewfragebogen**

Vorschlag: „Bitte schenken Sie uns einen kurzen Augenblick Ihre Zeit. Mein Name ist... Wir beteiligen uns an einem aktuellen Schulprojekt und haben ein paar Fragen an Sie. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie bei der kurzen Befragung mitmachen würden. Als Erstes brauchen wir ein paar Eckdaten...“:

<b>Alter</b>	:	unter 20	bis 40	über 40	unter 60	über 60
<b>Geschlecht</b>	:	m	w			
<b>Stadtteil der Befragung</b>	:			<b>Berufsgruppe</b>	:	

Die folgenden 4 Fragen beginnen immer mit einer offenen Frage. Die darauffolgenden Aussagen beziehen sich auf die jeweilige Frage und Sie sollten diese bitte schnell und ohne lange zu überlegen mit ja oder nein beantworten.

**1. Wenn Sie das Wort „Schizophrenie“ hören, was fällt Ihnen als Erstes dazu ein?**

---



---



---

- |    |      |   |
|----|------|---|
| ja | nein | Es ist der Verlust des Sprachvermögens, nach einem Autounfall; der Patient erlernt nur langsam das Sprechen wieder. |
| ja | nein | Eine psychische/ seelische Krankheit des Gehirns.   |
| ja | nein | Die Bezeichnung einer neuen Glaubensrichtung/ Sekte.  |
| ja | nein | Eine Krankheit in der Frauenheilkunde.  |

**2. Woran erkennen Sie einen Menschen, der an einer Schizophrenie erkrankt ist?**

---



---



---

- |    |      |  |
|----|------|--|
| ja | nein | Der Erkrankte ist fast immer verwahrlost, arbeitslos und nimmt Drogen.                                     |
| ja | nein | Die Seele ist in 2 Persönlichkeiten gespalten, von denen die eine normal und die andere aggressiv ist.     |
| ja | nein | Man kann seine Beine und später seine Arme nicht mehr bewegen.   |
| ja | nein | Kranke hören oft Stimmen, die Umwelt wird verändert wahrgenommen. Oft fühlen sich diese Menschen verfolgt. |
| ja | nein | Die kranke Person schlägt um sich, weiß nie was sie tut und ist stets unberechenbar.                       |





### 3. Was glauben Sie, kann gegen die Schizophrenie getan werden?

---



---



---

- |    |      |   |
|----|------|---|
| ja | nein | Heilpraktiker, die Hypnoseverfahren beherrschen, können bei Schizophrenie helfen.   |
| ja | nein | Man kann gegen die Schizophrenie nichts tun, weil Erkrankte kriminell werden und deshalb den Hauptteil Ihres Lebens im Gefängnis verbringen.                                  |
| ja | nein | Durch äußerste Liebe und Zuwendung kann die Schizophrenie geheilt werden.   |
| ja | nein | Erhalten Menschen mit einer schizophrenen Krankheit eine umfassende Behandlung (Medikamente, Psychotherapie und soziale Hilfen), können sie ein „ganz normales“ Leben führen. |

### 4. Was denken Sie, welche Personengruppen sind von einer psychischen Erkrankung betroffen?

---



---



---

- |    |      |  |
|----|------|--|
| ja | nein | Es gibt keine psychischen Krankheiten, jeder Mensch hat irgendwelche Macken.                               |
| ja | nein | Die meisten Krankheiten werden von Psychiatern erst verursacht.  |
| ja | nein | Prinzipiell alle Menschen können von psychischer Krankheit betroffen werden.                               |
| ja | nein | Psychische Krankheiten sind Ausdruck unserer Zivilisation und kommen in Entwicklungsländern gar nicht vor. |

**Anlage 12: Informationsblatt zur Krankheit Schizophrenie**

## Was ist Schizophrenie?

Welche psychischen Krankheiten gibt es?

Unter den psychischen (= seelischen) Krankheiten fasst man mehrere Gruppen zusammen. Dazu gehören die Gefühlswelt betreffende Störungen (z.B. Depression oder Manie), Veränderungen in der Realitätseinschätzung im Rahmen einer Schizophrenie (= schizophrene Psychose, siehe genaue Erklärung unten), Demenzen (z.B. Alzheimer'sche Krankheit), Alkoholismus/ Abhängigkeit, Angst- und Panikstörungen, Essstörungen (z.B. Magersucht, Bulimie) und andere mehr.

Wir konzentrieren uns in diesem Informationsblatt auf die **Schizophrenie**, da diese unter allen seelischen Krankheiten noch am meisten mit **Vorurteilen und Schauernmärchen** behaftet ist.

**Was versteht man unter einer Psychose?**

**Psychosen** sind sehr schwere seelische Erkrankungen, die nicht aus eigener Kraft bewältigt werden können; ärztliche Hilfe (medizinische Behandlung) ist hierzu erforderlich.

Charakteristischerweise sind hierbei der **Bezug zur Wirklichkeit**, die **Einsichtsfähigkeit** sowie die Fähigkeit, mit den üblichen Lebensanforderungen zurechtzukommen, erheblich gestört. Das Denken, Wollen und Fühlen sind ebenfalls eigenartig verändert, so dass viele Patienten hinterher völlig fassungslos sind und sich fragen, ob die Erlebnisse nicht ein „böser Traum“ waren.

Das Wort „**schizophren**“ heißt wörtlich übersetzt in etwa „Spaltung der Seele“. Damit ist nicht die Spaltung des Menschen in zwei Persönlichkeiten gemeint, sondern es beschreibt die Tatsache, dass schizophrene Erkrankte „zwei Wirklichkeiten“ kennen. Die „reale Welt“ ist diejenige, die dem normalen Verständnis und Empfinden der Durchschnittsbevölkerung entspricht; gleichzeitig erleben diese Menschen eine „**zweite Wirklichkeit**“, sie erfahren Dinge, nehmen Sinneseindrücke wahr, die Gesunde nicht nachvollziehen können. Der umgangssprachliche Begriff „verrückt“ will ebenfalls andeuten, dass das Wahrnehmungsvermögen der Erkrankten „weggerückt“, ver-“rückt“ gegenüber dem Empfinden der übrigen Menschen ist.

**Krankheitsanzeichen (Symptome)**

Trotz vieler Gemeinsamkeiten gibt es **kein einheitliches Erscheinungsbild** der zum schizophrenen Formenkreis gehörigen Psychosen.

Jeder Patient hat aufgrund seiner Persönlichkeit und seiner eigenen Lebensgeschichte sozusagen seine „eigene, typische, unverwechselbare“ Ausprägung der Erkrankung. Einige Krankheitssymptome treten allerdings häufiger auf als andere.

Dazu gehören zum Beispiel **allgemeine Konzentrationsstörungen, Zerstretheit** und **Verlangsamung des Denkens**, aber auch **Anspannung, Angst und Ratlosigkeit** können auftreten. Psychotisch erkrankte Menschen können plötzlich die Gewissheit besitzen, dass etwas Unheimliches im Gange ist (Wahnvorstellung) und aufgrund belangloser Verhaltensweisen Ihrer Mitmenschen äußerst misstrauisch reagieren.

**Halluzinationen** sind Sinneseindrücke, die ohne einen entsprechenden Reiz von Außen entstanden sind. Häufig hören kranke Menschen **Stimmen** (akustische Halluzinationen) oder Sie sehen Dinge, **die nicht da sind** (optische Halluzinationen).

Eine andere Ausprägung der Erkrankung sind Zeichen von **Erschöpfung**. Die erkrankten Menschen leiden unter der **Verarmung ihres Gefühlslebens**. Es kann zu dauerhafter Traurigkeit (Depression) führen mit **Mut- und Hoffnungslosigkeit**. Oft kommt es zu sozialem Rückzug und **Vereinsamung**.



### Wie therapiert man die Krankheit Schizophrenie?

Die Therapie lässt sich in 3 Bereiche untergliedern, nämlich in eine **medikamentöse** Behandlung, in **psychotherapeutische** Verfahren (Behandlung durch Gespräche, Einübung neuer Verhaltensweisen) und **soziotherapeutische** Maßnahmen (gezielte Beeinflussung der Alltagssituation in Bereichen Arbeit, Wohnung, Freizeitgestaltung usw.). Seit 1952 gibt es Medikamente (Neuroleptika), die erfolgreich als Behandlungsverfahren bei Psychosen eingesetzt werden. Durch die Möglichkeit Medikamente einzunehmen, hat sich die Prognose und der Verlauf der Krankheit wesentlich verbessert.

### Wer kann eine Schizophrenie bekommen?

Prinzipiell kann jeder Mensch diese Krankheit bekommen. Man weiß heute, dass einige Faktoren aufeinander treffen müssen, um mit einer höheren Wahrscheinlichkeit an einer schizophrenen Psychose zu erkranken. Zu einigen dieser Ursachen gehören **erbliche Faktoren** (Familiäre Vorbelastung), **körperliche Veränderungen** (z.B. neurologische Veränderungen der Gehirnfunktion) und **Störungen in der Familie und/ oder im gesellschaftlichen Umfeld** (psychosoziale Faktoren).

In Deutschland sind rund 800.000 Menschen an einer Schizophrenie erkrankt. Ca. 13.000 Erkrankte leben in München.

Vorurteile und fehlendes Wissen über die Krankheit verursachen oft **Diskriminierung und Ausgrenzung** schizophrener erkrankter Menschen. Der Leidensdruck der Betroffenen und deren Angehöriger ist aufgrund der daraus folgenden **Vereinsamung** außerordentlich groß. Dies wiederum steht der Wiedereingliederung in einen geregelten Alltag sowie einer umfassenden Therapie oftmals entgegen und behindert eine erfolgreiche Rehabilitation (Besserung bis zur Heilung) der Erkrankten.

Die **Bayerische Anti-Stigma Aktion (BASTA)** führt in der Landeshauptstadt München gezielt Aktionen durch (zu der auch diese Befragung gehört), um die Bevölkerung über psychische Erkrankungen aufzuklären und so Vorurteile gegenüber den Erkrankten abzubauen.

Danke für Ihr Interesse!

---

Für weitere Informationen zur BASTA bzw. unseren Projekten kontaktieren Sie uns bitte unter folgender Adresse oder besuchen Sie uns im Internet unter: [www.openthedoors.de](http://www.openthedoors.de)

Bayerische Anti Stigma Aktion, BASTA  
Möhlstr.26, 81675 München  
Tel: 089-4140-6674; Fax: 089-4140-6688  
E-mail: [info@openthedoors.de](mailto:info@openthedoors.de)

Textausschnitte aus: „Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis – ein Ratgeber für Patienten und Angehörige“ (Springer Verlag), Dr. med. Josef Bäuml, lfd. Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München

**Anlage 13: Wissensfragebogen (Bäumel et al., 2003)**

Die Bayerische Anti Stigma Aktion „Open the doors“ e.V.



- VOR** der Teilnahme  
(am Lernpaket „Psychisch Kranke“)
- NACH** der Teilnahme

Datum: \_\_\_\_\_

**ID-Nr.:**

(die ID-Nr setzt sich zusammen aus den Anfangsbuchstaben Ihres Namens, des Geburtsmonats und -jahres, z.Bsp. Josef Mustermann, geboren: November 1974 → J M 1 1 7 4)

Instruktion: Kreuzen Sie bitte die richtigen Antwortmöglichkeiten an! Es können pro Frage auch mehrere oder alle Antworten richtig sein.

**1. Was trifft auf eine schizophrene Psychose zu?**

- A. Es bestehen beim erkrankten Menschen zwei Wahrnehmungswelten nebeneinander
- B. Die Einnahme von Neuroleptika ist für den Behandlungserfolg entscheidend
- C. Der daran erkrankte Mensch ist besonders gewalttätig
- D. Einer von 100 Menschen ist davon betroffen
- E. Die erkrankte Person erfährt die Wirklichkeit anders als andere Menschen

**2. Welche der folgenden Symptome sind für die Akutphase einer schizophrenen Psychose charakteristisch?**

- A. Schwierigkeiten im Denken, Fühlen und Verhalten
- B. Höhenfurcht
- C. Wahnvorstellungen und Fehlannahmen
- D. Ohnmachtsanfälle
- E. Halluzinationen (wie z.B. Stimmen hören)

**3. Eine Person, die an einer Psychose erkrankt ist, hat fast immer**

- A. Mehrere Persönlichkeiten nebeneinander
- B. Schwierigkeiten, mit auftretenden Lebensereignissen fertig zu werden
- C. Probleme im Kontakt zu anderen Menschen
- D. Schwierigkeiten, zwischen Wirklichem und Unwirklichem zu unterscheiden
- E. Einen schwachen Willen

**4. Patienten, die an einer schizophrenen Psychose erkrankt sind, glauben häufig dass**

- A. sie verfolgt werden
- B. ihnen Gedanken von außen eingegeben werden
- C. Berichte im Fernsehen oder in der Zeitung speziell auf sie gemünzt sind
- D. ihre Gedanken von anderen Personen kontrolliert werden

**5. Welche negativen Symptome können auftreten?**

- A. Niedergeschlagenheit
- B. Selbstunsicherheit
- C. Aggressivität
- D. Interesselosigkeit
- E. Fehlende Lebensfreude

- 6. Was trifft auf eine schizophrene Psychose zu?**
- A. Die Ursache liegt in einem Vitaminmangel
  - B. Das Risiko einer Erkrankung ist höher, wenn ein Eltern- oder Geschwisteranteil diese Krankheit hatte
  - C. Die Betroffenen haben ein besonders „dünnes Nervenkostüm“
  - D. Sie ist eine Nervenzellenkrankheit, die bei starken Belastungen zum Ausbruch kommen kann
  - E. Sie ist ausschließlich auf eine falsche Erziehung zurückzuführen
- 7. Welche Bereiche können durch die schizophrene Psychose beeinträchtigt werden?**
- A. Beziehungen zu anderen Menschen
  - B. Arbeit, Beruf, Schule
  - C. Körperpflege
  - D. Freizeitaktivitäten
  - E. Schlaf und Appetit
- 8. Was kann eine schizophrene Psychose verschlimmern oder den Ausbruch der Krankheit heraufbeschwören?**
- A. Belastende Ereignisse (wie z.B. Abbruch einer wichtigen Beziehung, Verlust der Arbeit)
  - B. Spannungen im alltäglichen Leben
  - C. Unregelmäßige Einnahme oder Absetzen der Medikamente
  - D. Übermäßige Kritik und Nörgeln der Familienangehörigen
  - E. Sport
  - F. Drogen
- 9. Folgende Verhaltensweisen der Familienmitglieder sind günstig für Patienten mit einer schizophrenen Psychose:**
- A. Die Familienmitglieder unterstützen sich gegenseitig darin, Schwierigkeiten im Leben zu bewältigen
  - B. Der Patient wird ermutigt und unterstützt, allmählich seine früheren Fertigkeiten wiederzugewinnen
  - C. Der Patient wird ständig unter Druck gesetzt, sich Arbeit zu suchen
  - D. Die Familienmitglieder kümmern sich grundsätzlich um alle Belange des Patienten
  - E. Der Patient wird unterstützt, wenn er alleine nicht mehr weiterkommt
- 10. Für den Verlauf einer schizophrenen Psychose trifft zu:**
- A. Eine Psychose kann zu jedem Zeitpunkt im Leben eines erwachsenen Menschen auftreten
  - B. Bei manchen Patienten heilt die Psychose vollständig aus
  - C. Bei manchen Patienten bleibt ein Teil der Schwierigkeiten auf Dauer bestehen oder sie erleiden einen oder mehrere Rückfälle
  - D. Die Familie kann nichts tun, um die Gefahr eines Rückfalls zu verringern
- 11. Welche der aufgeführten Medikamente gehören zu den Neuroleptika?**
- |              |             |
|--------------|-------------|
| A. Akineton  | E. Valium   |
| B. Zyprexa   | F. Haldol   |
| C. Saroten   | G. Leronex  |
| D. Risperdal | H. Quilonum |
- 12. Für die Wirkungsweise der Neuroleptika gilt:**
- A. Sie verringern bzw. beseitigen die Symptome der akuten Krankheitsphase
  - B. Die Behandlung ist mit Nebenwirkungen verbunden
  - C. Sie wirken hauptsächlich auf den Nervenzellenstoffwechsel im Gehirn ein
  - D. Sie machen süchtig
  - E. Sie beugen Rückfällen vor



Die Bayerische Anti Stigma Aktion „Open the doors“ e.V.



- 13. Neben medikamentöser Behandlung haben sich noch folgende Maßnahmen in der Therapie von schizophrenen Psychosen bewährt:**
- A. Mega-Vitamintherapie
  - B. Hypnose
  - C. Intensive Psychoanalyse
  - D. Frischzellen Kur
  - E. Verhaltenstherapie
- 14. Die Rückfallrate innerhalb eines Jahres bei Patienten ohne Neuroleptika Einnahme beträgt:**
- A. 5-10 %
  - B. 10-30 %
  - C. 60-80 %
  - D. 90-100 %
- 15. Bei der kontinuierlichen Durchführung einer neuroleptischen Rückfallschutzbehandlung beträgt die Rückfallrate innerhalb eines Jahres:**
- A. 5 – 10 %
  - B. 10 – 30 %
  - C. 60 – 80 %
  - D. 90 – 100 %
- 16. Welche Nebenwirkungen können unter Neuroleptikabehandlung auftreten?**
- A. Müdigkeit
  - B. Steifheit der Muskulatur
  - C. Ohrenscherzen
  - D. Verstopfung
  - E. Zittrigkeit
- 17. Folgende Maßnahmen sind bei Nebenwirkungen zu empfehlen:**
- A. Sportliche Aktivitäten wie Schwimmen, Joggen, Radfahren
  - B. Dosisreduktion nach Absprache mit dem Arzt
  - C. Tägliche Dosisänderungen
  - D. Medikamentenwechsel nach Absprache mit dem Arzt
  - E. Sofortiges Absetzen der Neuroleptika
  - F. Einnahme von Medikamenten gegen Nebenwirkungen, wie z.B. Akineton
- 18. Häufige Warnzeichen, die einem Rückfall vorausgehen, sind:**
- A. Lähmungserscheinungen
  - B. Schlafstörungen
  - C. Nervosität
  - D. Gewichtszunahme
  - E. Konzentrationsschwierigkeiten
  - F. Veränderungen des üblichen Verhaltens
- 19. Wenn ein Patient unter Druck kommt oder wenn Warnzeichen erkennbar sind, sollte er**
- A. sich am besten nichts anmerken lassen
  - B. die Schwierigkeiten mit seinem Therapeuten besprechen
  - C. die Schwierigkeiten mit Freunden und Angehörigen besprechen
  - D. mit dem Arzt vereinbarte, zusätzliche Medikamente einnehmen
  - E. sofort alle verfügbaren Medikamente einnehmen



**20. Was sollten die Angehörigen bei Warnzeichen tun?**

- A. Dem Patienten helfen, Stress zu reduzieren
- B. Den Patienten nicht sich selbst überlassen
- C. Mit dem Patienten z.B. in eine Disco gehen, damit er auf andere Gedanken kommt
- D. Den Patienten sachlich auf die Abmachungen im „Krisenplan“ hinweisen
- E. Eine Woche abwarten und dann den Patienten zum behandelnden Nervenarzt schicken

**21. Bei der Einnahme von Neuroleptika gilt:**

- A. Eine Unterbrechung der Einnahme erhöht das Risiko eines Rückfalls
- B. Durch Neuroleptika wird die Wirkung von Alkohol verstärkt
- C. Andere Medikamente (wie z.B. Antibiotika, Blutdruckmittel etc.) können gefahrlos gleichzeitig eingenommen werden
- D. Eine unregelmäßige Einnahme ändert nichts an der positiven Wirkung der Neuroleptika
- E. Rückfälle während der Einnahme von Neuroleptika verlaufen wesentlich weniger schwer

**Anlage 14: Einstellungsfragebogen (Schulze et al., 2002)**



Datum: \_\_\_\_\_

**ID-Nr.:**

(die ID-Nr setzt sich zusammen aus den Anfangsbuchstaben Ihres Namens, des Geburtsmonats und -jahres, z.Bsp. Josef Mustermann, geboren: November 1974 → J M 1 1 7 4)

**Vorurteile und Tatsachen über Schizophrenie – was denken Sie darüber?**  
**(Schulbefragung)**

0. Was fällt Ihnen zum Begriff Schizophrenie als erstes ein?

.....

Stimme zu      Stimme nicht zu      Weiß nicht

		Stimme zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht
1.	Es würde mir Angst machen, mich mit jemandem der Schizophrenie hat, zu unterhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Jemand, der Schizophrenie hat, kommt meistens aus einer Familie, die wenig Geld hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Es würde mich nicht stören, mit jemandem, der Schizophrenie hat, in eine Klasse zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Schüler, die Schizophrenie haben, sind besonders gut in Kunst oder Musik.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ich könnte mir vorstellen, mich mit jemandem, der Schizophrenie hat, anzufreunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Die meisten Erwachsenen haben Vorurteile gegenüber schizophren Erkrankten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Mir wäre es peinlich, wenn meine Freunde es wüssten, wenn jemand in meiner Familie Schizophrenie hätte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Wenn mein Banknachbar Schizophrenie hätte, würde ich mich lieber wegsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Wenn jemand von meinen Freunden an Schizophrenie erkranken würde, würde ich ihn im Krankenhaus besuchen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Jemanden, der Schizophrenie hat, würde ich nicht zu meiner Geburtstagsparty einladen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Jemandem, der Schizophrenie hat, können die Ärzte nicht helfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Jemanden, der Schizophrenie hat, würde ich nicht mitbringen, wenn ich mich mit meinen Freunden treffe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Stimme zu                      Stimme  
nicht zu                      Weiß nicht

		Stimme zu	Stimme nicht zu	Weiß nicht
13.	Die meisten Kinder und Jugendlichen stört es nicht, wenn jemand Schizophrenie hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Jemanden mit Schizophrenie sollte man lieber nicht mit auf Klassenfahrt nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ich würde mich nie im Leben in jemanden der Schizophrenie hat verlieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Jemand, der Schizophrenie hat, rastet bei jeder Kleinigkeit aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Jemand der Schizophrenie hat, sollte auf keinen Fall beruflich mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Einer der Schizophrenie hat, gehört nicht auf eine normale Schule.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Vor jemanden, der Schizophrenie hat, muss man sich in Acht nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Prüfungsstress kann jemand, der Schizophrenie hat, nicht aushalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Die meisten Leute haben nichts dagegen, jemanden der Schizophrenie hat, zum Freund zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Wenn jemand von Deinen Freunden Schizophrenie hätte, glaubst Du, dass Du darüber mit einem Lehrer, dem du vertraust, reden kannst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Die meisten jungen Frauen verabreden sich nur ungern mit einem Mann, der an Schizophrenie leidet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Jemand, der Schizophrenie hat, kann gut in der Schule sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Die meisten Leute sind damit einverstanden, dass jemand, der schon einmal wegen Schizophrenie in Behandlung war, als Lehrer in der Grundschule kleine Kinder unterrichtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Haben Sie schon einmal etwas über Schizophrenie gehört oder gelesen?

**Ja**

**Nein**

Wo? (bitte unten aufschreiben)

.....

Kennen Sie jemanden, der Schizophrenie hat?

**Ja**

**Nein**

Möchten Sie mehr über Schizophrenie wissen?

**Ja**

**Nein**

Möchten Sie mehr über andere psychische Krankheiten wissen?

**Ja**

**Nein**

Zum Schluss noch einige persönliche Eckdaten:

Wie alt sind Sie?

Geschlecht?

m

w

Auf welche Schule gehen Sie?

.....

Danke für Ihre Mithilfe !!



## VIII Lebenslauf

### Angaben zur Person:

Name	Kerstin Melanie Manuela Wundsam
Geburtsdatum	25. November 1974
Geburtsort	Passau
Familienstand	ledig
Staatsangehörigkeit	deutsch

### Schulbildung:

Grundschule Germannsdorf  
Gymnasium Untergriesbach  
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

### Hochschulbildung:

11/1994-04/1997	Vorklinischer Studienabschnitt an der Universität Regensburg
04/1997	Ärztliche Vorprüfung
05/1997-05/2001	Klinischer Studienabschnitt an der Technischen Universität München
04/1998	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
04/2000	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
05/2001	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
02/2003	Approbation als Ärztin

### Beruf:

Seit 03/2003 Assistenzärztin an der Klinik für Psychiatrie und  
Psychotherapie der Technischen Universität München

## IX Danksagung

Danken möchte ich Herrn Prof. Dr. Hans Förstl, der es mir ermöglichte, an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München die vorliegende Dissertation durchzuführen.

Mein besonders herzlicher Dank gilt meinem Betreuer Herrn Dr. Werner Kissling.

Weiterhin möchte ich auch Frau Dr. Gabi Pitschel-Walz, Frau Dr. Christine Rummel, Herrn Dr. Stephan Heres und allen BASTA-Mitarbeitern danken, sowie im Speziellen Herrn Wulf-Peter Hansen für seine tatkräftige Unterstützung. Für die gute Zusammenarbeit danke ich Herrn Werner und Herrn Krauthan aus der Beamtenfachhochschule Fürstfeldbruck und den engagierten Lehrkräften, Frau Richter, Frau Gorkotte, Herrn Bauer und Herrn Nebl der beteiligten Schulen.

Vielfach Danken möchte ich meinen Freunden für ihren nicht enden wollenden Motivationsbeistand, Frau Dr. Bettina Jungwirth, Frau Susanne Hecht, Frau Michaela Tast und Herrn Andreas „Charly“ Bauer.

Mein herzlichster Dank gilt Herrn Dr. Hans Walter Gollwitzer für sein Engagement, seine Geduld und seine Hilfestellungen bei allen Fragen.

Widmen möchte ich diese Arbeit meinen Eltern, Brigitte und Hermann Wundsam.