

# Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie

## Prägt das Studium die Einstellungen angehender Psychologen und Mediziner?

Personen mit Schizophrenie werden von der Allgemeinbevölkerung als gefährlich, unberechenbar und inkompetent eingeschätzt. Ihnen werden zudem eine Mitschuld an ihrer Störung und kaum Heilungschancen zugesprochen [4, 6, 11, 15, 36]. Für die Betroffenen ergeben sich daraus weitreichende Konsequenzen, beispielsweise in Form von sozialer Ausgrenzung und Benachteiligung bei der Arbeitsplatz- und Wohnungssuche [10, 35, 15] oder der Behandlung von körperlichen Erkrankungen [16, 19]. Stigmatisierung führt zu einem Verlust des Selbstwertgefühls und einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität [28].

Antistigmakampagnen, die vom Weltverband für Psychiatrie und der Weltgesundheitsorganisation initiiert wurden, nutzen eine öffentliche Aufklärung durch psychiatrisches Fachpersonal als Zugangsmöglichkeit zum öffentlichen Meinungsbild. Diese Strategie setzt zur Entmystifizierung des Störungsbildes zum einen auf die fachliche Kompetenz von Psychiatern und zum anderen auf die Tatsache, dass insbesondere Ärzte zu dem Personenkreis gehören, der in der Bevölkerung hohes Ansehen genießt, und somit in einer moralischen und sozialen Vorbildfunktion stehen.

Eine wachsende Anzahl von Forschungsarbeiten zeigt jedoch, dass negative Auffassungen gegenüber Patienten mit

einer Schizophrenie nicht auf die „Laien-Öffentlichkeit“ beschränkt sind, sondern auch bei psychiatrischem Fachpersonal in hohem Ausmaß vorliegen [23, 24, 33]. Dabei zeigten sich stärkere negative Stereotype und eine stärkere Präferenz für soziale Distanz auf Seiten der Psychiater im Vergleich zu Psychologen und anderen Fachgruppen wie Sozialarbeitern, Pflegepersonal etc. [23, 33]. Psychiater befürworteten zudem Zwangsmaßnahmen gegenüber Patienten mit Schizophrenie stärker als Psychologen [26]. Angesichts dieser Befunde scheint es wenig überraschend, wenn Patienten berichten, sich von psychiatrischem Fachpersonal oft gedemütigt, bestraft oder bevormundet zu fühlen [44], und dieses Verhalten als diskriminierend erleben [38]. Stigmatisierung verringert ohnehin die Bereitschaft zu einer Behandlung der Betroffenen [29, 13], die negativen Haltungen der professionellen Ansprechpartner wirken sich vermutlich zusätzlich negativ auf Behandlungsteilnahme und Compliance aus [44].

Während diese Befunde deutlich machen, dass – neben der Allgemeinbevölkerung – auch Personen, die in der Versorgung psychisch Kranker tätig sind, Zielgruppe von Antistigmakampagnen sein müssen [8, 41], verbindet sich damit unweigerlich die Frage nach sinnvollen Ansatzpunkten entsprechender Interventionen.

Es wurde argumentiert, dass die vergleichsweise negativeren Einstellungen der psychiatrischen Fachärzte durch vielfältige Konfrontation mit schweren und chronischen Fällen psychischer Störungen entstehen [23, 25]. Hingegen könnten die vergleichsweise positiveren Einschätzungen klinischer Psychologen durch überwiegende Behandlungserfahrungen mit weniger schwer gestörten Patienten zustande kommen [23]. Ein sinnvoller Ansatzpunkt wäre es demnach, destigmatisierende Maßnahmen vor allem an erfahrenes psychiatrisches Fachpersonal zu richten. Allerdings liegen erste Hinweise vor, dass Medizinstudenten bereits während des Studiums negative Einstellungen gegenüber den Betroffenen aufweisen, z. T. sogar in stärkerem Ausmaß als die Allgemeinbevölkerung [31, 40]. Demnach stellt womöglich nicht der Berufsalltag die Quelle unterschiedlicher Einstellungen von Psychologen und Psychiatern dar, sondern bereits die Ausbildung, die unterschiedliche Sichtweisen psychischer Störungsbilder fördert.

Eine wichtige Rolle könnten hier unterschiedliche subjektive Krankheitsmodelle der Schizophrenie spielen. Für die Allgemeinbevölkerung ließ sich zeigen, dass biogenetische Ätiologiemodelle (die Annahme, Schizophrenie entstehe durch eine Erkrankung des Gehirns oder Vererbung) mit einer stärkeren Tendenz zur persön-

lichen Diskriminierung [5, 17, 18, 40] und einer stärkeren Überzeugung, bei den Betroffenen handele es sich um gefährliche und unberechenbare Personen einhergeht [18, 39, 40, 45], aber auch mit einer geringeren Ausprägung des Stereotyps, die Betroffenen seien für ihre Störung selbst verantwortlich [12, 30]. Psychosoziale Ursachenannahmen, wie etwa die Annahme, Schizophrenie entstehe durch traumatische Erfahrungen oder soziale Stressoren sind in der Allgemeinbevölkerung mit einer geringeren Ausprägung des Gefährlichkeits- und Unberechenbarkeitsstereotyps [32, 37] und einer geringeren Tendenz zur persönlichen Diskriminierung assoziiert [17, 40]. Wenngleich davon auszugehen ist, dass die meisten Ärzte und Psychologen ein Zusammenwirken biogenetischer und psychosozialer Faktoren bei der Entstehung einer Schizophrenie, i. S. des Vulnerabilitäts-Stress-Modells vertreten, fördert die medizinische bzw. psychologische Ausbildung womöglich dennoch eine besonders starke Überzeugung „fach-eigener“ Ätiologiefaktoren. So teilte in einer britischen Untersuchung nur etwa die Hälfte der Psychiater die Überzeugung, Schizophrenie entstehe durch ein Zusammenwirken medizinischer und psychologischer Faktoren, während fast genauso viele Befragte von primär biologischen Ursachenfaktoren ausgingen [24].

**Untersuchungsziel.** Ziel der vorliegenden Studie ist es daher, zu überprüfen, ob sich bereits während des Studiums angehender Psychologen und Mediziner unterschiedliche subjektive Ätiologiemodelle und damit verbundene unterschiedliche Einstellungen gegenüber den Betroffenen feststellen lassen. Sollte sich dies bestätigen, wäre es sinnvoll, Maßnahmen der Einstellungsveränderung bereits in die Ausbildung zu integrieren. Die Untersuchung liefert zudem weiteren Aufschluss für die im Rahmen von Antistigmatisierungsprogrammen kontrovers geführte Debatte über die Auswirkungen unterschiedlicher Ätiologiefaktoren auf Stigmatisierung [13, 30, 40, 45].

Dabei soll zudem die Schwachstelle bisheriger Studien überwunden werden, in denen die Einstellungsmessung allein durch explizite Verfahren erfolgte, da diese anfällig für Fehlerquellen wie sozial er-

wünschte Antworttendenzen und absichtliche Verstellung sind. Diese sind bei der hoch tabuisierten Thematik der Stigmatisierung von Personen mit psychischen Störungen, insbesondere bei Fachpersonal, als wahrscheinlich zu erachten [43]. Im Hinblick auf die Gestaltung von destigmatisierenden Interventionen soll zudem überprüft werden, ob sich der in der Allgemeinbevölkerung gefundene Effekt einer positiveren Einstellung bei Kontakt zu den Betroffenen [11, 4, 15] auch bei angehenden Medizinerinnen und Psychologen zeigen lässt.

## Studiendesign und Untersuchungsmethoden

### Stichprobenerhebung

Es nahmen 61 Psychologie- und 60 Medizinstudenten im Grundstudium an der Untersuchung teil. Psychologiestudenten wurden über Aushänge im Gebäude des Fachbereiches rekrutiert und erhielten gemäß den laut Prüfungsordnung abzuleistenden Versuchspersonenstunden eine Gutschrift für ihre Teilnahme. Das durchschnittliche Alter betrug 21,2 (SD=3,4). Die Spanne der Semesteranzahl reichte von 1 bis 5 (MW=1,27, SD=2,81), die Mehrheit der Probanden (88,9%) befand sich im 1. Semester. 91,8% der Teilnehmer waren weiblich und 86,9% deutscher Nationalität. Medizinstudenten wurden über Aushänge in Gebäuden der medizinischen Fakultät und Durchsagen in der Mensa rekrutiert. Da die Prüfungsordnung des Medizinstudiums keine verpflichtende Teilnahme an Untersuchungen vorsieht, wurden Medizinstudenten für ihre Teilnahme mit 10 Euro vergütet. Die Anzahl der studierten Semester lag zwischen 1 und 10 (MW=3,20, SD=2,80), wobei sich die Mehrzahl der Probanden im 3. (35%), gefolgt vom 1. (25%) und 2. (15%) Semester befand. Das durchschnittliche Alter betrug 22,5 (SD=3,4), 65% der Teilnehmer waren weiblich und 95,0% deutscher Nationalität.

Zur Vermeidung potenzieller Stichprobenverzerrungen bei der Rekrutierung diente eine „Coverstory“, die als Ziel der Untersuchung die Erforschung multimedialer Lehrmaterialien bei der Wissens-

vermittlung über psychische Störungen angab.

### Datenerhebung

Zur Messung *expliziter Einstellungen* gegenüber Personen mit Schizophrenie wurde ein Fragebogen von Angermeyer und Matschinger [4] verwendet. Darin sind 33 Items enthalten, die die Zustimmung oder Ablehnung von Schizophreniestereotypen auf einer 5-stufigen Likert-Skala messen. Die Autoren fanden für eine große Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung eine *5-Faktoren-Lösung* mit den Faktoren

- Gefährlichkeit,
- Zuschreibung von Verantwortlichkeit,
- Kreativität,
- Unvorhersehbarkeit/Inkompetenz und
- schlechte Prognose.

Für die vorliegende Untersuchung wurde das Antwortformat auf eine 9-stufige Likert-Skala erhöht (1: stimme überhaupt nicht zu, 5: weder noch, 9: stimme sehr stark zu). Das differenziertere Format wurde eingeführt, um kleine Unterschiede besser abbilden zu können. Cronbachs  $\alpha$  reichte von 0,55 (Kreativität), 0,63 (Zuschreibung von Verantwortlichkeit und schlechte Prognose), 0,75 (Unvorhersehbarkeit/Inkompetenz) bis 0,80 (Gefährlichkeit). Der Faktor Kreativität wurde aufgrund der geringen internen Konsistenz von statistischen Analysen ausgeschlossen.

*Diskriminierungstendenzen auf individueller Verhaltensweise* wurden mit der Soziale-Distanz-Skala [27] gemessen. Diese enthält 7 Items, die soziale Beziehungen zunehmender Intimität repräsentieren. Dabei ist von den Befragten anzugeben, inwieweit sie bereit seien, eine Person mit Schizophrenie in folgenden sozialen Situationen zu akzeptieren: als Untermieter, als Arbeitskollege, als Nachbar, als Mitglied im Bekanntenkreis, als Einheiratende in die eigene Familie, als Aufsichtsperson für die eigenen Kinder, ob sie eine Person mit Schizophrenie für eine freie Arbeitsstelle empfehlen würden und ob sie Freunden eine Person mit Schizophrenie vorstellen würden. Auch hier wurde das ursprüngliche Antwortformat ei-

ner 5-stufigen Likert-Skala auf eine 9fach abgestufte Skala (1: ganz bestimmt, 5: unentschieden, 9: sicher nicht) erhöht. Die interne Konsistenz lag bei verschiedenen Untersuchungen zwischen 0,87 und 0,92. [1, 4, 18].

Zur Erfassung *impliziter, d. h. unbewusster bzw. unkontrollierter Einstellungen* wurde der Implizite-Assoziations-Test (IAT) [20] eingesetzt. Der IAT ist ein computergestütztes Reaktionszeitparadigma, das die Assoziationsstärken zwischen mentalen Repräsentationen von Objekten im Gedächtnis misst. Das Verfahren gründet auf der Idee, dass Worte schneller einer Kombination von Wortkategorien zugeordnet werden können, wenn eine assoziative Verknüpfung zwischen diesen Kategorien (kompatible Paarung) vorliegt, als wenn die Kombination zweier Kategorien dieser Verknüpfung entgegensteht (inkompatible Paarung). In der vorliegenden Untersuchung wurden die beiden Kategorien *Schizophrenie vs. Depression* mit 3 verschiedenen Kategorien gepaart, die den Stereotypkomponenten des expliziten Verfahrens entsprachen:

- bedrohlich vs. sicher (Stereotyp der Gefährlichkeit/Unberechenbarkeit),
- Täter vs. Opfer (Stereotyp der Verantwortlichkeit),
- heilbar vs. unheilbar (Stereotyp der schlechten Prognose).

Der IAT weist im Vergleich zu anderen reaktionszeitbasierten Messungen zufriedenstellende interne Konsistenzen auf [7]. Eine mittlere Retestreliabilität von  $r=0,57$  ist ebenfalls zufriedenstellend [34].

IAT-Effekte wurden nach dem D-Maß [21] berechnet, das sich aus der Mittelwertsdifferenz zwischen kompatibler und inkompatibler Kombination, dividiert durch die Standardabweichung aller Reaktionszeiten, ergibt. Demnach entsprach ein höherer Effekt einer stärkeren Stereotypisierung der Schizophrenie im Vergleich zu Depression.

*Subjektive Ätiologiemodelle der Schizophrenie* wurden zunächst durch eine offene Frage erfasst („Was verursacht eine Schizophrenie?“), die schriftlich beantwortet wurde. Mittels geschlossener Fragen erfolgte anschließend die gezielte Einschätzung von 9 potenziellen Ursa-

Nervenarzt 2009 · 80:329–339 DOI 10.1007/s00115-008-2646-4  
© Springer Medizin Verlag 2009

E.A. Arens · C. Berger · T.M. Lincoln

### Stigmatisierung von Patienten mit Schizophrenie. Prägt das Studium die Einstellungen angehender Psychologen und Mediziner?

#### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Mehrere Studien haben ergeben, dass Psychiater im Vergleich zu Psychologen negativere Einstellungen gegenüber Patienten mit Schizophrenie haben. Dies wirft die Frage auf, in welcher Weise unterschiedliche Krankheitsmodelle und Kontakt Erfahrungen die Einstellungen des Fachpersonals beeinflussen.

**Stichprobe und Methoden.** Implizite und explizite Einstellungen, bisherige Kontakt Erfahrungen mit Personen mit Schizophrenie sowie subjektive Krankheitsmodelle der Schizophrenie wurden bei 60 Medizin- und 61 Psychologiestudenten erhoben.

**Ergebnisse.** Medizin- sowie Psychologiestudenten wiesen ein hohes Maß an negativen Einstellungen auf. Kontakt Erfahrungen waren bei Medizinstudenten mit einem geringeren,

bei Psychologiestudenten mit einem größeren Ausmaß an Vorurteilen assoziiert. Positivere Einstellungen waren bei Medizinstudenten mit biogenetischen und bei Psychologiestudenten mit psychosozialen Krankheitsmodellen verbunden.

**Schlussfolgerung.** Die Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Antistigmakampagnen und weisen auf eine Überlegenheit multifaktorieller gegenüber monokausaler Ätiologiemodelle bei der Reduktion von Stereotypen hin.

#### Schlüsselwörter

Stereotype · Soziale Distanz · Antistigmakampagnen · Schizophrenie · Medizinstudenten · Psychologiestudenten

### Stigmatisation of patients with schizophrenia. The influence of university courses on the attitudes of prospective psychologists and doctors

#### Summary

**Background.** Some studies revealed that psychiatrists have more negative attitudes than psychologists towards patients with schizophrenia. This raises the question of whether different models of the aetiology of schizophrenia and the amount of personal contact influence the attitudes of mental health professionals.

**Sample and methods.** Explicit and implicit attitudes towards schizophrenia were assessed in medical and psychology students ( $n=60$  and  $n=61$ , respectively) as well as their familiarity with the disorder and their subjective models of its aetiology.

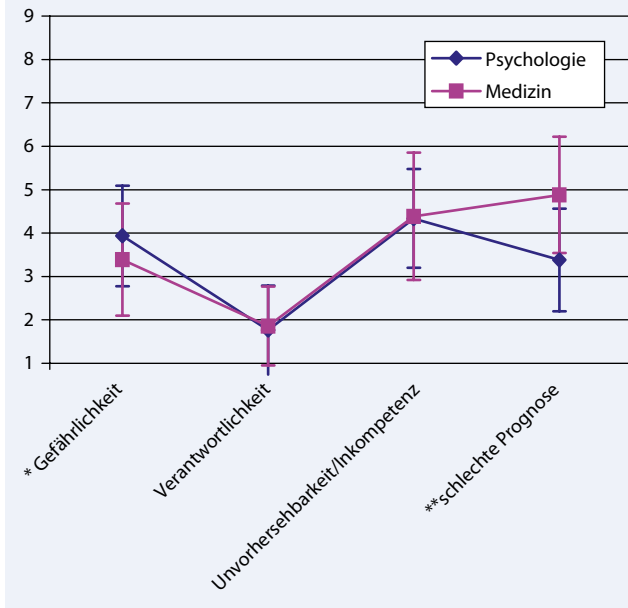
**Results.** Medical and psychology students showed a substantial level of negative attitudes. Personal contact was negatively asso-

ciated with stereotypes among medical students and positively associated among psychology students. Positive attitudes were related to biogenetic causal beliefs among medical students and to psychosocial causal beliefs among psychology students.

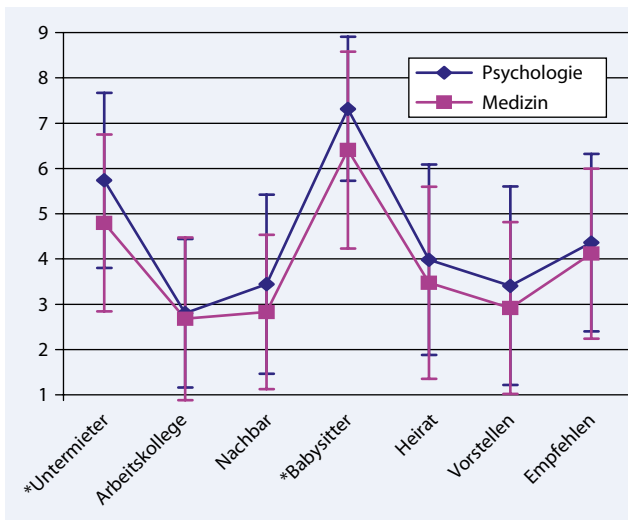
**Conclusions.** The results emphasise the need to adapt antistigma campaigns to target groups. They also indicate the superiority of a multidimensional aetiology over monocausal aetiological models in reducing stigma.

#### Keywords

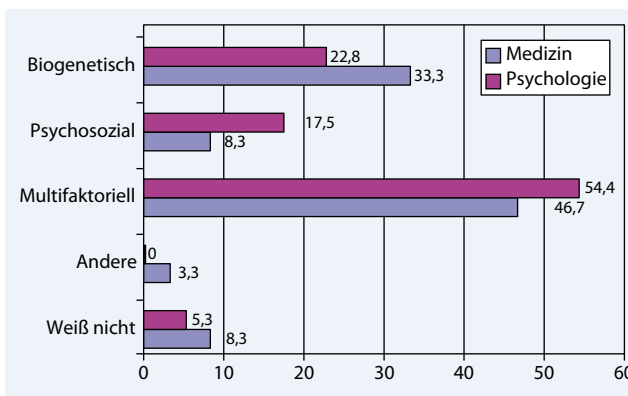
Stereotypes · Social distance · Antistigma campaign · Schizophrenia · Medical students · Psychology students



**Abb. 1** ◀ Zustimmung zu Schizophreniestereotypen bei Medizin- und Psychologiestudenten. Anmerkung: Für jeden Stereotypfaktor ist eine Standardabweichung um den Mittelwert dargestellt. Die Items wurden auf einer Skala von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 9 „stimme sehr stark zu“ bewertet. \*p<0,05, \*\*p<0,01



**Abb. 2** ◀ Befürwortung von sozialer Distanz bei Medizin- und Psychologiestudenten. Anmerkung: Für jedes Item ist eine Standardabweichung um den Mittelwert dargestellt. Die Items wurden auf einer Skala von 1 „ganz bestimmt“ bis 9 „sicher nicht“ bewertet. \*p<0,05



**Abb. 3** ◀ Prozentuale Häufigkeiten subjektiver Krankheitsmodelle der Schizophrenie bei Medizin- (n=60) und Psychologiestudenten (n=61)

chen auf einer 5-stufigen Likert-Skala (1: ist ganz sicher keine Ursache, 5: ist ganz sicher eine Ursache). Die 9 Items repräsentierten zu gleichen Anteilen biogenetische (z. B. Stoffwechselstörungen im Gehirn),

psychosoziale (z. B. Trauma) und andere Ursachen (z. B. Zufall/Schicksal).

Der Fragebogen wurde in Anlehnung an Items anderer Untersuchungen zu Kausalattributionen (z. B. [3, 5]) für diese Studie entwickelt. Die eindeutige Zugehörig-

keit der Items zu den Kategorien wurde über ein Rating von 6 Experten überprüft. Alle Items wurden richtig zugeordnet.

Zur Erhebung der Kontakterfahrungen mit Personen mit einer Schizophrenie wurde den Studenten schriftlich eine Frage mit dichotomem Antwortformat (ja/nein) vorgelegt („Hattest du jemals persönlichen Kontakt zu einem Menschen mit einer Schizophrenie?“). Bei Bejahung konnte die Intensität des Kontaktes auf einer 5-stufigen Skala (von entfernt bekannt bis eng vertraut) eingeschätzt werden. Kontakterfahrungen mit Personen mit anderen psychischen Störungen und die Intensität dieses Kontaktes wurde mit äquivalenten Skalen erfasst.

## Ergebnisse

### Explizite Stereotype

Es wurden zunächst Mittelwerte der Stereotypfaktoren für die Gesamtstichprobe berechnet. Die stärkste Zustimmung erhielt das Stereotyp der Unvorhersehbarkeit/Inkompetenz (MW=4,36, SD=1,30 T=-20,00, df=119, p=0,000), die Haltungen der Studenten lagen hier zwischen noch ablehnendem (Wert 4) und unentschlossenem Bereich (Wert 5); z. B. stimmten 63,4% der Medizin- und 58% der Psychologiestudenten der Aussage zu, dass Personen mit Schizophrenie rasch die Kontrolle über sich verlieren. Auch die Haltungen zum Stereotyp einer schlechten Prognose (MW=4,11, SD=1,46) reichten in den unentschlossenen Bereich hinein, 32,9% der Psychologie- und 33,7% der Medizinstudenten waren bspw. davon überzeugt, dass es nach wie vor keine wirkungsvolle Behandlung der Schizophrenie gibt. Deutlich abgelehnt wurde hingegen das Stereotyp der Verantwortung (MW=1,81, SD=0,96).

Den Vergleich der Mittelwerte der Zustimmung bzw. Ablehnung von Schizophreniestereotypen beider Stichproben gibt **Abb. 1** wieder. Die Berechnung einer einfaktoriellem multivariaten Varianzanalyse (MANOVA) ergab einen signifikanten Haupteffekt des Studienfachs (F=10,14, df=6/113, p<0,001, η²=0,35). Nachgeschaltete univariate Analysen zeigten bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen auf den Faktoren Ge-



fährlichkeit und schlechte Prognose an (▣ **Abb. 1**). Nach Bonferroni-korrigierten Post-hoc-t-Tests ergab sich eine signifikant stärkere Überzeugung bei Psychologiestudenten (MW=3,93, SD=1,16), von Personen mit einer Schizophrenie gehe eine potenzielle Gefahr aus, als bei Medizinstudenten (MW=3,39; SD=1,29; T=2,43, df=118,  $p \leq 0,05$ ,  $d=0,40$ ). Hingegen schätzten Medizinstudenten (MW=4,88, SD=1,33) die Prognose der Störung signifikant negativer ein als Psychologiestudenten (MW=3,38, SD=1,18; T=-6,50, df=118,  $p \leq 0,001$ ,  $d=1,18$ ). Der Vergleich der Gesamtindizes (Addition der Bewertungen aller Items der Faktoren, dividiert durch die Gesamtzahl der Items) zeigte, dass sich das generelle Ausmaß stereotyper Einstellungen nicht zwischen Medizin- (MW=3,80, SD=0,80) und Psychologiestudenten (MW=3,76, SD=0,63; F=0,084, df=1,  $p=0,773$ ,  $\eta^2=0,00$ ) unterscheidet.

### Soziale Distanz

Die MANOVA ergab einen bedeutsamen Unterschied zwischen den Gruppen (F=4,409, df=1,  $p \leq 0,05$ ,  $\eta^2=0,04$ ). ▣ **Abb. 2** zeigt die Unterschiede in den Bewertungen der vorgegebenen sozialen Situationen nach Post-hoc-Tests. In beiden Stichproben erhielt die Vorstellung, die eigenen Kinder von einer Person mit Schizophrenie beaufsichtigen zu lassen, die größte Ablehnung. Allerdings wiesen Psychologiestudenten (MW=7,31, SD=1,58) diese Situation stärker zurück, als Medizinstudenten (MW=6,40, SD=2,17;  $p \leq 0,01$ ,  $d=0,50$ ). Dies traf auch für die Situation zu, einer Person mit Schizophrenie ein Zimmer zu vermieten ( $p \leq 0,01$ ,  $d=0,50$ ). Sowohl Medizin- als auch Psychologiestudenten zeigten die größte Toleranz hinsichtlich der Vorstellung, einen Arbeitskollegen mit einer Schizophrenie zu haben.

### Implizite Stereotype

Hinsichtlich impliziter Stereotype zeigten sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Medizin- und Psychologiestudenten (F=0,54, df=3/110,  $p=0,65$ ,  $\eta^2=0,02$ ). Beide Gruppen wiesen ein höheres Ausmaß negativer Stereotype in Bezug auf Schizo-

**Tab. 1** Vertrautheit mit Schizophrenie und anderen psychischen Störungen: deskriptive Angaben

	Häufigkeit n (%)		Intensität <sup>a</sup> Mittelwert (SD)	
	Med	Psy	Med	Psy
Kontakt zu Person mit Schizophrenie	24 (40,7)	21 (34,4)	2,0 (1,4)	1,6 (1,0)
Kontakt zu Person mit anderer psychischer Störung	51 (86,4)	50 (82,0)	3,4 (1,5)	3,9 (1,4)

<sup>a</sup>5-Stufen-Skala: 1 entfernt bis 5 vertraut.

Med Medizinstudenten, Psy Psychologiestudenten.

phrenie als in Bezug auf Depression auf. Bei den Medizinstudenten unterschied sich das D-Maß signifikant von null für die Stereotypkomponenten Gefährlichkeit (T=2,45, df=57,  $p \leq 0,05$ ,  $d=0,32$ ) und Verantwortlichkeit (T=4,05, df=57,  $p \leq 0,001$ ,  $d=0,53$ ). Hinsichtlich der Komponente einer schlechten Prognose zeigten sich keine impliziten Stereotype (T=0,41, df=57,  $p=0,681$ ,  $d=0,05$ ). Auch bei den Psychologiestudenten unterschied sich das D-Maß signifikant von null bei den Stereotypkomponenten Gefährlichkeit (T=3,99, df=56,  $p \leq 0,001$ ,  $d=0,53$ ) und Verantwortlichkeit (T=3,86, df=56,  $p \leq 0,001$ ,  $d=0,51$ ), aber nicht hinsichtlich des Stereotyps einer schlechten Prognose (T=1,46, df=57,  $p=0,147$ ,  $d=0,19$ ).

### Stigmatisierung und assoziierte Faktoren

#### Kontakt

34,4% der Psychologiestudenten und 40,1% der Medizinstudenten gaben an, schon einmal persönlichen Kontakt zu einer Person mit Schizophrenie gehabt zu haben, 86,4 % bzw. 82,0% zu einer Person mit einer anderen psychischen Störung (▣ **Tab. 1**). Kontakterfahrungen mit Personen mit Schizophrenie wurden als signifikant weniger intensiv beschrieben (T=-6,21, df=40,  $p \leq 0,001$ ,  $d=0,30$ ).

In ▣ **Tab. 2** sind die Korrelationskoeffizienten zum Zusammenhang zwischen Kontakt zu Personen mit einer Schizophrenie und Personen mit anderen psychischen Störungen und expliziten Stereotypen sowie sozialer Distanz dargestellt. Die Variable Kontaktintensität erwies sich in keiner der beiden Gruppen als relevant und ist daher hier nicht mit aufgeführt. Medizinstudenten mit einer persönlichen Kontakterfahrung wiesen insgesamt weniger Vorurteile auf ( $r=-0,29$ ,  $p \leq 0,05$ ),

insbesondere in Bezug auf das Gefährlichkeitsstereotyp ( $r=-0,30$ ,  $p=0,05$ ). Auch eine Vertrautheit mit anderen psychischen Störungen ging mit einer geringeren Einschätzung der Gefährlichkeit einer Person mit Schizophrenie ( $r=-0,24$ ,  $p=0,05$ ) und einer geringeren sozialen Ablehnung der Betroffenen ( $r=-0,26$ ,  $p=0,05$ ) einher.

Bei Psychologiestudenten wurden entgegengesetzte Zusammenhänge deutlich. Persönliche Kontakte zu Personen mit einer Schizophrenie waren mit einer stärkeren Überzeugung assoziiert, dass die Betroffenen für ihre Störung selbst verantwortlich seien ( $r=0,28$ ,  $p=0,05$ ), sowie mit einem insgesamt höheren Ausmaß stereotyper Überzeugungen ( $r=0,35$ ,  $p=0,01$ ). Eine Vertrautheit mit anderen psychischen Störungen erwies sich als nicht bedeutsam. In keiner der beiden Gruppen zeigten sich Zusammenhänge auf impliziter Einstellungsebene.

### Subjektive Krankheitsmodelle

Die Häufigkeitsverteilung der Antworten auf die offene Frage zu Entstehungsfaktoren der Schizophrenie zeigt ▣ **Abb. 3**. Sowohl bei Medizin- als auch bei Psychologiestudenten war am häufigsten ein multifaktorielles Ätiologiemodell vertreten, im Sinne der Annahme, dass sowohl medizinische als auch psychologische Faktoren bei der Entstehung einer Schizophrenie eine Rolle spielen. Monokausale psychosoziale Modelle waren etwas häufiger unter Medizinstudenten vertreten, monokausale biogenetische Modelle hingegen etwas häufiger unter Psychologiestudenten. Ein statistischer Vergleich mit einem  $\chi^2$ -Test ergab jedoch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Merkmalskombination Studienfach und subjektives Krankheitsmodell ( $\chi^2=0,84$ , df=2,  $p=0,24$ ).

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



**Tab. 2** Korrelation zwischen expliziter Stigmatisierung und Vertrautheit mit Schizophrenie bzw. mit anderen psychischen Störungen<sup>a</sup>

	Gefährlichkeit		Verantwortlichkeit		Unvorhersehbarkeit/ Inkompetenz		Schlechte Prognose		Globalwert Stereotype		Soziale Distanz	
	Med	Psy	Med	Psy	Med	Psy	Med	Psy	Med	Psy	Med	Psy
Kontakt zu Person mit Schizophrenie	-0,30*	0,24	-0,18	0,28*	-0,18	0,09	-0,03	0,13	-0,29*	0,35**	-0,11	0,06
Kontakt zu Person mit anderer psych. Störung	-0,25*	-0,14	-0,11	-0,11	-0,16	-0,11	0,00	0,15	-0,16	-0,01	-0,26*	0,01

<sup>a</sup>Spearman-Korrelationskoeffizient. \*p<0,05, \*\*p<0,01, Med Medizinstudenten, Psy Psychologiestudenten.

**Tab. 3** Korrelation zwischen angenommenen Ursachenfaktoren, expliziten Stereotypen und sozialer Distanz<sup>a</sup>

	Gefährlichkeit			Verantwortlichkeit			Unvorhersehbarkeit/ Inkompetenz			Schlechte Prognose			Soziale Distanz		
	Ges	Med	Psy	Ges	Med	Psy	Ges	Med	Psy	Ges	Med	Psy	Ges	Med	Psy
<i>Biogenetische Ursachen</i>															
Gehirnerkrankung	-0,03			-0,12			0,09			0,00			0,01		
Schädigung des Gehirns	0,00			-0,01			0,06			0,08			0,07		
Vererbung	-0,24**	-0,39**	n.s.	-0,28**	-0,44**	n.s.	-0,07			-0,08			0,13		
Bevorzugung biogenetischer Ursachen	-0,10			-0,22*	-0,36**	n.s.	-0,05			0,09	n.s.	0,33**	-0,01		
<i>Psychosoziale Ursachen</i>															
Belastungen und Stressoren	-0,01			0,11			-0,01			-0,12	n.s.	-0,28	0,09		
Trauma	0,01			0,08			0,09			-0,05	n.s.	-0,39**	0,09		
Problematische Kindheit	0,04			0,07			0,03			-0,12	n.s.	-0,28*	-0,10		
<i>Andere Ursachen</i>															
Zufall/Schicksal	0,14			0,24**	0,38**	n.s.	0,17			0,05			0,18		
Eigenverschuldung	0,33**	n.s.	0,44**	0,54**	0,41**	0,64**	0,20*	n.s.	0,35**	0,04			0,10		
Gottes Wille	0,32**	0,40**	0,28*	0,46	0,55**	0,40**	0,38**	0,33*	n.s.	0,09			0,28**	0,41**	n.s.

<sup>a</sup>Pearson-Koeffizient. \*p≤0,05; \*\*p≤0,01.

Ges Gesamt, Med Medizinstudenten, Psy Psychologiestudenten.

Für eine Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Einschätzung vorgegebener Ursachenfaktoren, expliziter und impliziter Stereotypisierung sowie der Befürwortung von sozialer Distanz wurde zunächst ein Modell-Score gebildet, bei dem die aufsummierten Skalenwerte der Beantwortung der Items zu psychosozialen Ursachen von den aufsummierten Skalenwerten der Beantwortung der Items zu biogenetischen Ursachen abgezogen wurden. Ein höherer Modell-Score drückt demnach eine stärkere Bevorzugung biogenetischer Ursachen gegenüber psychosozialer Ursachen aus. Medizin- und Psychologiestudenten unterschieden sich nicht in den Zustimmungshäufigkeiten der einzelnen Ursachenfaktoren, allerdings ergaben sich in beiden Stich-

proben unterschiedliche Assoziationen zwischen angenommenen Ursachenfaktoren und expliziter Stereotypisierung.

In **Tab. 3** sind Korrelationskoeffizienten für die gesamte Stichprobe und im Fall unterschiedlicher Ergebnisse für Medizin- und Psychologiestudenten getrennt dargestellt. Unwissenschaftliche Ursachenannahmen, wie etwa die Überzeugung, Schizophrenie entstehe durch Zufall/Schicksal oder durch Gottes Willen waren am stärksten mit negativen Stereotypen assoziiert, insbesondere mit dem Stereotyp der *Gefährlichkeit* und *Eigenverschuldung* der Störung. Zudem waren diese Annahmen als einzige Ursachengruppe mit einem Wunsch nach sozialer Distanz assoziiert. Die Überzeugung, Schizophrenie entstehe durch eine genetische

Disposition war bei Medizinstudenten, aber nicht bei Psychologiestudenten, mit einer positiveren Einstellung in Bezug auf die Gefährlichkeit und die Verantwortung an der Störung verbunden. Eine generelle Tendenz, biogenetische Ursachenfaktoren zu bevorzugen war zudem bei Medizinstudenten mit einer geringeren Zuschreibung von Verantwortlichkeit assoziiert und bei Psychologiestudenten mit einer negativeren Einschätzung der Prognose. Bei Psychologiestudenten, aber nicht bei Medizinstudenten, waren psychosoziale Ursachenfaktoren, wie ein traumatisches Erlebnis oder eine problematische Kindheit mit einer positiveren Einschätzung der Prognose assoziiert. Implizite Einstellungen waren in keiner der beiden Stich-



proben mit Ursachenannahmen assoziiert.

## Diskussion

Psychologie- und Medizinstudenten zeigten ein deutliches Ausmaß negativer expliziter Einstellungen gegenüber Personen mit Schizophrenie. Vergleicht man die vorliegenden Ergebnisse mit der Studie von Angermeyer und Matschinger [4], die mit dem gleichen Fragebogen eine deutliche Zustimmung der deutschen Allgemeinbevölkerung zu Schizophreniestereotypen, vor allem zu dem Stereotyp der Unberechenbarkeit fanden, sind keine großen Unterschiede zwischen dem Meinungsbild der „Laien-Öffentlichkeit“ und des angehenden Fachpersonals festzustellen. So teilten z. B. 50,1% der deutschen Bürger die Überzeugung, dass Personen mit Schizophrenie rasch die Kontrolle über sich verlieren, während 64,4% der Medizin- und 61,7% der Psychologiestudenten dieser Meinung waren. Der Vergleich beider Untersuchungen steht allerdings unter dem Vorbehalt der unterschiedlichen soziodemographischen Zusammensetzungen beider Stichproben. Einer Literaturübersicht von Angermeyer und Dietrich [6] ist zu entnehmen, dass in der Regel ältere, weniger gebildete und in schlechten ökonomischen Verhältnissen lebende Personen negativere Einstellungen gegenüber Personen mit psychischen Störungen haben. Da davon auszugehen ist, dass sich die Ausprägung dieser soziodemographischen Variablen bei Medizin- und Psychologiestudenten eher gegenteilig gestaltet, geben diese Befunde, in Anbetracht der negativen Folgen für die soziale Integration [10, 35, 15], Lebensqualität [28] und die Behandlungsbereitschaft [29, 13] der Betroffenen, erst Recht Anlass zur Sorge.

Eine Ausnahme bildet das Stereotyp der Gefährlichkeit, das unter Medizin- und Psychologiestudenten deutlich seltener vertreten war als in der Allgemeinbevölkerung. Allerdings liefern die Ergebnisse des impliziten Verfahrens Hinweise darauf, dass hier soziale Erwünschtheitstendenzen eine Rolle gespielt haben könnten, da sich in beiden Stichproben implizite Schizophreniestereotype hinsichtlich der Gefährlichkeit der Betrof-

fenen und deren Verantwortung für die Störung zeigten. Die Vergleichbarkeit bei der Erhebungstechniken ist allerdings nur eingeschränkt gegeben. Während die explizit erhobenen Einstellungen „absolute“ Aussagen darstellen, handelt es sich bei den erhobenen impliziten Einstellungen um einen Vergleich negativer Assoziationen mit dem Störungsbild der Schizophrenie und dem Störungsbild der Depression. Die Tatsache, dass negative Attribute auch im Vergleich zu einer anderen, ebenfalls stigmatisierten Störung [15], eher mit Schizophrenie verbunden werden, lässt demnach die gefundenen impliziten Vorurteile umso bemerkenswerter erscheinen. Diese Ergebnisse sprechen dafür, in zukünftigen Studien, neben expliziten auch implizite Messverfahren einzusetzen, vor allem bei hochgradig tabuisierten Themen wie Stigmatisierung psychischer Störungen. Ein Zusammenhang zwischen expliziten und impliziten Maßen, der trotz der o. g. unterschiedlichen Bezugsniveaus zu erwarten gewesen wäre, blieb in dieser Untersuchung allerdings völlig aus. Damit reihen sich die Ergebnisse in die heterogene Befundlage zum Explizit-Implizit-Zusammenhang ein, wonach implizite und explizite Maße im Schnitt nur geringfügig miteinander korrelieren [22]. Die Validität impliziter Maße bedarf daher weiterer Forschung.

Die Vermutung, dass sich Medizin- und Psychologiestudenten in ihren subjektiven Krankheitsmodellen und ihren Einstellungen gegenüber Betroffenen unterscheiden, ließ sich nicht bestätigen. Entgegen der Erwartung zeigten Psychologiestudenten sogar eine stärkere Präferenz für soziale Distanz als Medizinstudenten. Im Hinblick auf den Einfluss von subjektiven Krankheitsmodellen auf das Meinungsbild scheint es für angehende Psychologen und Mediziner von Bedeutung zu sein, ob sich Ursachenfaktoren der Schizophrenie dem eigenen Fachbereich zuordnen lassen, womöglich weil dadurch eigene Handlungsmöglichkeiten und Kontrollüberzeugungen positiver eingeschätzt werden. Entsprechend der Annahme von Corrigan und Watson [14] verdeutlichen die Ergebnisse demnach, dass der Zusammenhang zwischen Ätiologiefaktoren und Einstellungen differenziert betrachtet werden muss und

nicht prinzipiell davon ausgegangen werden kann, dass ein biogenetisches Modell mit negativeren Einstellungen assoziiert ist. Darüber hinaus wird anhand der Befunde eine überlegene Relevanz des allgemeinen Faktors „Wissen“ gegenüber der Kenntnis spezifischer Ätiologiefaktoren deutlich, gemäß der Regel: je mehr Wissen, desto positiver die Einstellung. Unterschiede zwischen beiden Stichproben zeigten sich hinsichtlich der Assoziationen zwischen Kontakt und Einstellungen. Während bei Medizinstudenten der Befund aus vorherigen Studien [4, 11, 15] repliziert werden konnte, dass eine persönliche Kontakterfahrung mit einem geringeren Ausmaß negativer Stereotype einhergeht, traf das Gegenteil bei Psychologiestudenten zu. Für eine weitere Erforschung dieser Moderatorvariable sollten zukünftige Studien zwischen qualitativen und quantitativen Aspekten der Kontakterfahrung unterscheiden und prüfen, in welchem Kontext (beruflich oder privat) diese stattgefunden hat.

Zusammen mit der stärkeren Präferenz für soziale Distanz wird damit ein insgesamt deutlicheres Ausmaß an Ablehnung auf Seiten der Psychologiestudenten deutlich. Dies ist insofern überraschend als bislang Studien mit bereits ausgebildetem Fachpersonal gegenteilige Befunde zeigten [23, 26, 33]. Möglicherweise war bei den Medizinstudenten durch die Bezahlung für die Teilnahme eine höhere Motivation für die Untersuchung und damit verbunden ein positiveres Antwortverhalten gegeben. Allerdings zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Stichproben bei der Zustimmung zu Stereotypen. Zu beachten ist auch, dass sich unter den Medizinstudenten signifikant mehr männliche Teilnehmer als unter den Psychologiestudenten befanden, was womöglich eine geringere Ängstlichkeit und daher positivere soziale Reaktionen impliziert. Diese Vermutung wird gestützt durch einige Studien, die eine höhere Ängstlichkeit bzw. negativere Einstellungen bei weiblichen als bei männlichen Teilnehmern fanden [2, 3, 9]. Allerdings zeigte sich in dieser Studie auch bei statistischer Kontrolle des Faktors Geschlecht ein bedeutsamer Unterschied zwischen den Fachrichtungen. Des Weiteren ist anzumerken, dass eine unterschiedliche Geschlechterzusam-

mensetzung beider Stichproben trotz der o.a. Problematik einer potenziellen Konfundierung durch andere Faktoren als repräsentativ für beide Berufsgruppen anzusehen ist, da ein größerer Anteil männlicher Ärzte und weiblicher Psychologen vorliegt. Selbst wenn also das Geschlecht signifikant mit der Einstellung in Verbindung stünde – was wir für die vorliegende Untersuchung ausschließen können – ließe sich trotzdem nicht von der Hand weisen, dass der einen Profession mehr Männer bzw. Frauen angehören und damit bestimmte Einstellungen häufiger vertreten sind.

Möglicherweise spielen bei angehenden Psychologen und Medizinerinnen, im Gegensatz zu bereits ausgebildetem psychiatrischem Fachpersonal, unterschiedliche Berufserwartungen eine Rolle. Während vermutlich der größere Teil der Medizinstudenten das spätere berufliche Wirkungsfeld nicht vorrangig im Kontakt zu psychiatrischen Patienten sieht, stellen für Psychologiestudenten Personen mit psychischen Störungen vermutlich eine relevantere Vergleichsgruppe dar, von der es sich abzugrenzen gilt.

### Implikationen für Antistigmaprojekte

Die vorliegenden Ergebnisse machen deutlich, dass gezielte Interventionen zu einem Abbau von Stereotypen gegenüber Personen mit Schizophrenie bereits bei angehendem Fachpersonal während des Medizin- und Psychologiestudiums ratsam wären. Der Einfluss von Kontakt konnte durch die vorliegende Studie nicht eindeutig geklärt werden, spricht aber zumindest bei Medizinstudenten für möglichst frühe und häufige Kontakte zu Patienten während des Studiums. Die Befunde zum unterschiedlichen Einfluss von Ursachenmodellen in beiden Stichproben weisen auf die schon von Baumann et al. [8] geforderte Notwendigkeit einer Berücksichtigung der Zielgruppe im Rahmen von Antistigmakampagnen hin. Eine solche Anpassung könnte sich auch bei weiteren hier nicht untersuchten Einflussfaktoren wie etwa der Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten der Schizophrenie als günstig erweisen. Dass daraus allerdings keine monokausale Aufklä-

rungsstrategie resultieren darf, unterstreichen die Befunde zum positiven Einfluss einer generellen Aufgeklärtheit über Ätiologiefaktoren. Oberste Priorität destigmatisierender Maßnahmen sollte daher eine möglichst umfassende, multidimensionale Ursachenaufklärung sein, die die Kombination positiver Assoziationen der beiden Ätiologiemodelle nutzt.

Diese Strategie scheinen derzeitige Antistigmakampagnen allerdings nur bedingt zu verfolgen. So führt das „Kompetenznetz Schizophrenie“, eine vom Bildungsministerium geförderte Organisation mit dem Ziel einer verbesserten Aufklärung von Laien und Experten, vorrangig genetische und biologische Dispositionen auf, während psychosoziale Faktoren nur am Rande und zudem unspezifiziert erwähnt werden. Ähnlich stark gewichtet auch das weltweite Antistigmaprogramm „open the doors“ des Weltverbandes für Psychiatrie medizinische Ursachen der Schizophrenie. Interessant ist, dass das Programm bei professionellen Zielgruppen von multifaktoriellen Ursachen im Sinne des Vulnerabilitäts-Stress-Modells berichtet, während die Informationen für „Laien“ ausschließlich biogenetische Ursachen beinhalten. Dabei kann wohl davon ausgegangen werden, dass genetische und biologische Fachbegriffe vor allem für „Laien“ schwer verständlich sind und dadurch den Eindruck einer schwer einschätzbaren Bedrohung durch Personen mit einer Schizophrenie womöglich noch verstärken [14, 30].

### Fazit

**Ein positiver Befund dieser Studie ist, dass Medizin- und Psychologiestudenten keine voreingenommene Haltung gegenüber Ätiologiefaktoren außerhalb ihres Fachbereichs zu haben scheinen und über multifaktorielle Störungskonzepte informiert sind. Eine Aufgabe von Antistigmakampagnen könnte es sein, diese Aufgeschlossenheit und Kenntnisse auch bei erfahrenem Fachpersonal aufrechtzuerhalten, z. B. durch Fort- und Weiterbildungen über aktuelle Forschungsbefunde. Dies könnte einen Beitrag dazu leisten, dass Ärzte und Psychologen ihrer Vorbildfunktion in Antistigmakampagnen gerechter werden.**

### Korrespondenzadresse

**Dipl.-Psych. E.A. Arens**

Abteilung für klinische Psychologie und Psychotherapie, Psychologische Fakultät, Philipps-Universität  
Gutenbergstraße 18, 35032 Marburg  
ElisabethArens@gmx.de

**Interessenkonflikt.** Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

- Angermeyer MC, Siara CS (1994) Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Teil 1: Die Entwicklung im Jahr 1990. *Nervenarzt* 65:41–48
- Angermeyer MC, Matschinger H, Holzinger A (1998) Gender and attitudes towards people with schizophrenia. Results of representative survey in the Federal Republic of Germany. *Int J Soc Psychiatry* 44:107–116
- Angermeyer MC, Matschinger H (2003) Public beliefs about schizophrenia and depression: similarities and differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38:526–534
- Angermeyer MC, Matschinger H (2004) The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: Results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull* 30:1049–1061
- Angermeyer MC, Matschinger H (2005) Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from the two population surveys in Germany. *Br J Psychiatry* 186:331–334
- Angermeyer MC, Dietrich S (2006) Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatr Scand* 113:163–179
- Banse R, Seise J, Zerbes N (2001) Implicit attitudes towards homosexuality: Reliability, validity and controllability of the IAT. *Z Exp Psychol* 48:145–160
- Baumann EA, Zäske H, Decker P et al (2004) Entstigmatisierung schizophrener Erkrankungen. *Psychoneuroendocrinology* 30:624–627
- Chou KL, Mak KY, Chung PK et al (1996) Attitudes towards mental patients in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry* 42:213–219
- Corrigan PW, Backs A, Green A et al (2001) Prejudice, social distance and familiarity with severe mental illness. *Schizophr Bull* 27:219–225
- Corrigan PW, Green A, Lundin R et al (2001) Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatr Serv* 52:953–958
- Corrigan PW, Rowan D, Green A et al (2002) Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull* 28:293–309
- Corrigan PW (2004) How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol* 59:614–625
- Corrigan P, Watson A (2004) At issue: Stop the stigma: Call mental illness a brain disease. *Schizophr Bull* 30:477–479
- Crisp A, Gelder MG, Rix S et al (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* 177:4–7

16. Desai MM, Rosenheck RA, Druss BG et al (2002) Mental disorders and quality of diabetes care in the veterans health administration. *Am J Psychiatry* 159:1584–1590
17. Dietrich S, Beck M, Bujantugs B et al (2004) The relationship between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Aust N Z J Psychiatry* 38:348–354
18. Dietrich S, Matschinger H, Angermeyer MC (2006) The relationship between biogenetic causal explanations and social distance toward people with mental disorders: Results from a population survey in Germany. *Int J Soc Psychiatry* 52:166–174
19. Druss BG (2000) Cardiovascular procedures in patients with mental disorders. *JAMA* 283:3198–3199
20. Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JLK (1998) Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *J Pers Soc Psychol* 74:1464–1480
21. Greenwald AG, Banaji MR, Nosek BA (2003) Understanding and using the Implicit Association Test: I. An improved scoring algorithm. *J Pers Soc Psychol* 85:197–216
22. Hofmann W, Gawronski B, Gschwendner T et al (2005) A metaanalysis on the correlation between the Implicit Association Test and explicit self-report measures. *Pers Soc Psychol Bull* 31:369–1385
23. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA et al (1999) Attitudes towards people with a mental disorder: A survey of the Australian public and health professionals. *Aust N Z J Psychiatry* 33:77–83
24. Kingdon D, Sharma T, Hart D (2004) What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness? *Psychiatr Bull* 28:401–406
25. Lauber C, Anthony M, Ajdavic-Gross V et al (2004) What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *Eur Psychiatry* 19:423–427
26. Lepping P, Steinert T, Gebhardt RP et al (2004) Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany – a questionnaire analysis. *Eur Psychiatry* 19:91–95
27. Link BG, Cullen FT, Frank J et al (1987) The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *Am J Sociol* 92:1461–1500
28. Link BG, Struening E, Neese-Todd S et al (2001) The Consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv* 52:1621–1626
29. Meise U, Sulzenbacher H, Hinterhuber H (2001) Das Stigma der Schizophrenie: Versuche zu dessen Überwindung. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69:75–80
30. Metha S, Farina A (1997) Is being „sick“ really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *J Soc Clin Psychol* 16:405–419
31. Mukherjee R, Fialho A, Wijetunge A et al (2002) The stigmatisation of psychiatric illness: the attitudes of medical students and doctors in a London teaching hospital. *Psychiatr Bull* 26:178–181
32. Morrison JK, Teta DC (1980) Reducing students, fear of mental illness by means of seminar-induced belief change. *J Clin Psychol* 36:275–276
33. Nordt C, Rössler W, Lauber C (2006) Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull* 32:709–714
34. Nosek BA, Greenwald AG, Banaji MR (2007) The implicit association test at age 7: methodological and conceptual review. In: Bargh JA (ed) *Social psychology and the unconscious: The automaticity of higher mental processes*. Psychol Press, New York
35. Penn DL, Guynan K, Daily T et al (1994) Dispelling the stigma of schizophrenia. *Schizophr Bull* 20:567–578
36. Pescosolido BA, Monahan J, Link BG et al (1999) The public's view of the competence, dangerousness and the need for legal coercion of persons with mental health problems. *Am J Public Health* 89:1339–1345
37. Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G et al (2003) Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry* 182:342–346
38. Pinfold V, Thornicroft G, Huxley P et al (2005) Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *Int Rev Psychiatry* 17:123–131
39. Read J, Harré N (2001) The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of „mental patients“. *J Ment Health* 10:223–235
40. Read J, Haslam N, Sayce L et al (2006) Prejudice and schizophrenia: A review of the mental illness is an illness like any other approach. *Acta Psychiatr Scand* 114:303–318
41. Rössler W, Salize HJ, Trunk V et al (1996) Die Einstellung von Medizinstudenten gegenüber psychisch Kranken. *Nervenarzt* 67:757–764
42. Sartorius N (2002) Iatrogenic stigma of mental illness. *Br Med J* 324:1470–1471
43. Teachman BA, Brownell KD (2001) Implicit anti-fat bias among health professionals: is anyone immune? *Int J Obes* 25:1525–1531
44. Thornicroft G (2006) Shunned. Discrimination against people with mental illness. Univ Press, Oxford
45. Walker I, Read J (2002) The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward mental illness. *Psychiatry* 65:313–325

Hier steht eine Anzeige.

